

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Janvier 1904

PAR

Maurice JOUAUST

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

(Théorie réflexe de la production des muco-membranes intestinales)

Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. } DIEULAFOY, Professeur.
 } ACHARD, }
 } RENON, } Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

MAISON D'ÉDITIONS
A. JOANIN & C^{ie}
24, RUE DE CONDÉ, PARIS-VI^e

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et Appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAX.
	DE LAPPERSONNE.
Clinique ophtalmologique.....	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BUDIN.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Professeurs honoraires.

MM. JACCOUD. | A. FOURNIER. | FARABEUF.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LAUNOIS.	RICHAUD.
AUVRAY.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL.
BEZANCON.	GILLES DE LA	LEGUEU.	TEISSIER.
BONNAIRE.	TOURETTE.	LEPAGE.	THIERY.
BROCA (Auguste)	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (André).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
CHASSEVANT.	GUIART.	MERY.	VAOUEZ.
CUNEO.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
DEMELIN.	JEANSELME.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
			WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR M. SOUPAULT,
MÉDECIN DES HOPITAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE,
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE,
MÉDECIN A L'HOPITAL BEAUJON,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

CHAPITRE PREMIER.

Introduction.

Peu de maladies ont suscité des théories pathogéniques aussi multiples et opposées que l'entéro-colite muco-membraneuse. Aujourd'hui encore, malgré tout ce qui a été écrit sur ce sujet, les auteurs sont loin de s'entendre.

Il est possible, du reste, que ces théories ne se contredisent pas complètement les unes les autres et que différentes causes soient capables de donner naissance aux symptômes de l'entéro-colite muco-membraneuse.

C'est ainsi que, quelle que soit la pathogénie spéciale que l'on adopte, on ne saurait oublier l'influence du terrain : l'entéro-colite apparaît en général chez les arthritiques ou mieux chez les neuro-arthritiques.

De plus, on doit également considérer comme démontrée l'intervention du système nerveux central : fatigue, surmenage, émotions.

Mais à côté de ces faits, il faut également faire rentrer en ligne de compte certaines irritations du système nerveux périphérique, et surtout des plexus nerveux abdominaux. Ceux-ci sont irrités par différentes lésions viscérales (appendicite, affections utéro-ovariennes, hépatiques rénales, ptoses de tous genres, lésions stomacales) et réagissent en retour sur l'intestin en provoquant la production des muco-membranes.

C'est un point sur lequel notre maître, M. SOUPAULT, a attiré notre attention.

Il étaye son opinion sur le grand nombre de faits cliniques qu'il a observés et sur l'expérience qu'il a ainsi pu

acquérir ; mais, à l'inverse des autres cliniciens qui se sont occupés de l'entérite muco-membraneuse, il a cru nécessaire, pour lui donner une base solide, de s'appuyer aussi sur les données inébranlables de l'expérimentation.

Non seulement nous avons suivi plusieurs malades sous sa direction, mais encore il nous a fait l'honneur de nous associer à ses recherches expérimentales.

Nous avons ainsi pu réunir les matériaux qui nous ont servi à bâtir notre thèse.

Nous y traiterons différents points : l'historique, l'étude anatomo-clinique nous permettront de fixer les notions qui ont eu cours jusqu'à ce jour. Ce sera là l'objet de la première partie de notre travail. Dans une seconde partie nous prendrons une à une les affections susceptibles de déterminer l'entéro-colite réflexe, et pour chacune d'elles nous produirons les arguments nécessaires et nous apporterons les observations probantes qui sont groupées à la fin de cette thèse.

Ensuite nous montrerons comment l'expérimentation vient encore corroborer la pathogénie réflexe de l'entéro-colite muco-membraneuse, et armés de tous ces documents, nous fixerons le traitement de la maladie en remontant à la pathogénie que nous établirons en matière de conclusions.

Il nous est agréable d'exprimer ici à M. SOUPAULT les remerciements que nous lui devons, tant pour son bienveillant accueil que pour la direction sagace qu'il a imprimée à notre travail ; nous ne faisons ici que refléter ses idées et nous nous sommes surtout efforcés de les traduire le plus exactement possible.

Ce serait pour nous une grande satisfaction que d'avoir réussi à donner une forme précise à l'exposition d'une conception dont nous sommes redevables à notre maître ; nous serons heureux de lui montrer ainsi que nous avons su profiter d'un enseignement pour lequel nous avons le devoir de lui exprimer notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE II.

Historique

La connaissance de l'entéro-colite muco-membraneuse est déjà assez ancienne puisque les médecins du XVII^e et du XVIII^e siècle font mention de concrétions membrani-formes dans les selles.

Antérieurement avaient déjà paru des observations qui sont citées dans la plupart des ouvrages spéciaux : celle d'un ambassadeur de Charles-Quint expulsant par l'anus un corps dur, creux et long, a été rapportée par FERNEL en 1638. MORGANI cite un cas, dans sa trente et unième lettre « sur les flux du ventre », qui paraît également se rapporter à l'affection qui nous occupe. Mentionnons aussi les noms de GABUCINUS, PLATER, ZOLLICOFFER, SENNERT, LANCISI et VAN SWIETEN.

Ces différents auteurs n'attribuaient pas les phénomènes constatés à leur véritable cause ; ils parlaient de « tœnia qui n'étaient pas des vers », de pituites, d'excréments muqueux, voir de portions d'intestins.

Dans le cours du siècle dernier, les idées se sont précisées, mais les conceptions sur la nature même du mal ont été fort nombreuses, comme en témoigne la multiplicité des termes employés : diarrhée glutineuse (VAN SWIETEN) ; affection muqueuse de l'intestin (WHITEHEAD) ; entérite glaireuse (NONAT) ; diarrhée tubulaire (GOOD) ; entérite

membraneuse (Da COSTA); affection membraneuse de l'intestin (GOSS); affection douloureuse de l'intestin (POWELL); croup intestinal (CLEMENS); herpétide exfoliatrice (GIGOT SUARD); colite muqueuse (NOTHNAGEL); diarrhée fibrineuse (GRANTHAUS); entérite intestinale (WANNBROUCQ); entérotypho-colite (DIEULAFOY); entéro-succhorée (SOUPAULT).

En 1833, ROCHE et SANSON (1) donnent une description rapide de la gastro-entérite membraneuse, la rapprochant des affections diphtériques et croyant devoir la grouper dans cette classe d'inflammations que BRETONNEAU venait de désigner sous le nom de « Diphtérite ».

Il faut arriver au travail important de GENDRIN (2) pour trouver une notion exacte sur la nature de l'entéro-colite muco-membraneuse. « Le mucus, dit-il, déposé sur la surface de la muqueuse gastro-intestinale acquiert quelquefois une assez grande densité pour former des concrétions d'apparence pseudo-membraneuse qui sont excrétées avec les selles et que l'on rencontre dans les intestins après la mort. ».

La question dès lors était posée. RILLIET et BARTHEZ, à leur tour, différencient ces exsudats des membranes diphtériques, ainsi que BILLARD et VALLEX.

À l'étranger, HAYN (3) s'occupait aussi de la question.

En 1861, paraissent les recherches de LABOULBÈNE (4), qui ont le mérite de distinguer les exsudats muqueux non seulement des produits de la diphtérie, mais encore des concrétions du muguet. Le muguet, en effet, était à cette époque chose fréquente tout le long du tube digestif. LABOULBÈNE montre quelle erreur consacrait le terme de

(1) ROCHE et SANSON. — Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale, 1833.

(2) Traité philosophique de médecine pratique, 1841.

(3) HAYN. — *Hufeland's Journal*, 1843.

(4) LABOULBÈNE. — Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses (1861).

croup intestinal par lequel CLÉMENTS désignait l'entérite muco-membraneuse des enfants.

En 1862, CRUVEILHIER revient sur ce diagnostic différentiel.

En 1868, SIREDEY (1) lit à la Société médicale des hôpitaux un mémoire dans lequel il conclut que les concrétions muqueuses membraniformes se rencontrent dans des conditions cliniques différentes. Dans ce mémoire, non seulement il s'appuie sur sa propre expérience, mais encore sur tous les travaux qui avaient paru les années précédentes.

Depuis les études de LABOULBÈNE, en effet, un certain nombre d'observations avaient été publiées à la Société anatomique : WORMS (1863) ; LANGLET (1867) ; LABORDE (1868) ; sans parler des observations antérieures de TONNÉ, PIGNÉ, BROCA, POTAIN, MERLAN DE CHAILLÉ, PERROUD (2), WILLIAMS, COURVAL, avaient aussi apporté leur contribution à l'éclaircissement de ce sujet.

Enfin, GUYOT (3), quelques mois auparavant, avait lu à la Société des Hôpitaux de Paris une observation qu'il avait accompagné de commentaires importants.

De 1868 à 1874, l'entéro-colite muco-membraneuse est délaissée, mais à cette date Maurice RAYNAUD publie un nouveau cas et WANNEBROUCQ (4) apporte au Congrès de Lille un mémoire qui pendant longtemps fit autorité, bien que LEREBoullet eût réfuté ses idées l'année suivante.

Si au point de vue clinique il n'y a rien à reprendre à la description de WANNEBROUCQ, les idées anatomiques de cet auteur sont au contraire sujettes à caution ; il considérerait en effet la maladie comme une entérite intersticielle.

(1) Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 11 décembre 1868 (SIREDEY).

(2) Journal de médecine de Lyon, 1864.

(3) GUYOT. — Société médicale des Hôpitaux, 28 février 1868.

(4) WANNEBROUCQ. — De l'entérite intersticielle, Comptes-rendus de l'Association pour l'avancement des sciences. — Congrès de Lille, 1874.

Pour être complet, signalons l'observation de LAGET (1875) et la thèse DE GOURDON (1875).

En 1883, Germain SÉE, commence ses études sur l'entérite muco-membraneuse, dans son traité des Dyspepsies gastro-intestinales. La thèse d'IZOARE (1) résume la question très complètement.

POTAIN (2), en 1887, consacre à ce sujet une leçon clinique; et depuis cette époque, l'entéro-colite muco-membraneuse, peut-on dire, est devenue monnaie courante en médecine; les travaux en effet abondent, thèses, discussions dans les sociétés, publications diverses, etc. Nous ne nous arrêterons qu'aux plus importants.

Tout d'abord, il nous faut mettre en relief l'importance que les Américains apportent à cette question.

Entre autres, citons les noms de VAN VALZAH, FINDLEY, DA COSTA, BRANDT, BOARDMANN, DOE, KILBURNE EDWARDS.

On trouvera une bibliographie plus exacte dans la Revue générale très documentée que Gaston LYON a consacrée à l'entérite muco-membraneuse il y a 14 ans (3), et dont la lecture est encore singulièrement profitable aujourd'hui; les idées de l'auteur se retrouvent d'ailleurs dans une monographie qu'il a fait paraître ultérieurement en 1900 dans l'œuvre médico-chirurgicale; il avait déjà insisté sur le traitement de cette affection en 1894, dans la Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.

Ensuite nous relevons l'article de SOUPAULT dans le manuel de médecine de DEBOVE et ACHARD, 1893; la communication de CHARRIN à Caen en 1894 et celle de BOTTENTUIT en 1892, dans le *British Medical Journal* et des publications de Germain SÉE.

(1) Contribution à l'étude de l'entérite muco-membraneuse. Th. 1883, Paris.

(2) *Semaine médicale*, 1887, page 341.

(3) LYON. — L'entérite muco-membraneuse. *Gazette des Hôpitaux*, 11 mai 1889.

En 1895, l'attention des médecins se porte avec plus d'ardeur sur la question, en envisageant surtout le point de vue pathogénique. C'est à cette époque que LETCHEF publie sa thèse sur l'entérite muco-membraneuse chez les utérines dont le titre indique suffisamment l'idée directrice, abordée déjà par NONAT. En même temps, MATHIEU venait de commencer ses études sur cette maladie.

L'année précédente (1), il étudiait un traitement qu'il reprenait en 1895 (2) et en 1897 (3).

De plus, il mentionnait les rapports entre l'entérite muco-membraneuse avec le sable intestinal d'une part (4) et avec la néphroptose d'autre part (5).

RICHARDIÈRE aborde à son tour le problème (6) et CAUTRU en étudie les complications nerveuses (7). Viennent ensuite les thèses de CALMELS (8) et de CARRET (9). Le travail de CARRON de la CARRIÈRE (10) et ceux de COMBY (11), de GAILLARD (12), de GUINON (13), de LANGENHAGEN (14), de MERCIER (15), de VOUZELLE (16), de FROUSSARD (17).

(1) Traitement de l'entérite muco-membraneuse. *Gazette de Hôpitaux*, 1894.

(2) Thérapeutique des maladies de l'intestin,

(3) Traitement de la colite membraneuse. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*.

(4) Société médicale des Hôpitaux, 1896.

(5) Société de Thérapeutique, 1897.

(6) L'entérite muco-membraneuse. *Union Médicale*, 1895.

(7) Complications nerveuses de l'entérite muco-membraneuse. *Médecine Moderne*, 1895.

(8) La colite chez les enfants. *Th.*, Paris, 97.

(9) De l'entérite muco-membraneuse (1897). *Th.*, Paris.

(10) Traitement de l'entérite muco-membraneuse chez les enfants. *Journal de Médecine de Paris*, 1897.

(11) Entérite muco-membraneuse chez les enfants. Société médicale des Hôpitaux, 97 et Traité des maladies de l'enfant, 97.

(12) Entérite membraneuse. Erythème. Société médicale des Hôpitaux, 97.

(13) Formes de la colite chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 98.

(14) Revue générale. *Semaine médicale*, 98.

(15) De la colite chronique. *Th.*, 98.

(16) De la colite muco-membraneuse. *Th.*, 1900.

(17) Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse. *Th.*, 1900.

A l'étranger nous devons parallèlement rappeler les noms de EINHOORN, IRVING, KILBURNE, JONES et MENDELSON.

Mais pendant ce temps deux notions nouvelles se précisent en médecine, qui chacune devait avoir un certain retentissement sur la conception de l'entérite muco-membraneuse.

La première de ces notions est celle de la lithiase intestinale, à laquelle nous avons déjà fait allusion plus haut à propos d'un travail de MATHIEU.

Cette lithiase intestinale, ce sable intestinal sont considérés par DIEULAFOY (1) comme faisant partie intégrante du syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse ; mais, comme il le dit lui-même, il y aurait exagération à généraliser cette notion.

S'appuyant sur les travaux de MONGOUR, de FONTET, il croit que certaines formes de la lithiase intestinale ne sont qu'une manifestation de la diathèse goutteuse.

Quoiqu'il soit, la coexistence de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse ne saurait être mise en doute comme en témoignent les travaux de MATHIEU et RICHARD et ceux de ODDO.

Le second fait important qui donne à l'entérite muco-membraneuse un regain d'actualité, c'est l'étude de ses rapports avec l'appendicite.

Nous en tenant, pour l'instant, au seul point de vue historique, nous rappellerons qu'en 1891, Jules SIMON (2) signalait des troubles gastro-intestinaux prémonitoires de l'appendicite ; en 1892 TALAMON (3), faisait ressortir les rapports des deux affections ; en 1896 eut lieu à l'Académie

(1) La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin. Acad. médecine, 9 mars 1897.

Manuel de Patologie interne, XIV^e édition, 1904 et cliniques de l'Hôtel-Dieu.

(2) J. SIMON. — Des accidents prémonitoires des typhlites, pérityphlites et appendicites. *Bulletin médical*, 1891.

(3) Appendicites et pérityphlites, 1892.

de médecine et dans diverses sociétés savantes un grand débat, provoqué par DIEULAFOY (1), montrant que l'appendicite n'est pas la conséquence de l'entéro-colite. Cette idée est soutenue par POTAIN (2), par ROUTIER (3) qui s'appuyait sur des expériences de GERVAIS DE ROUVILLE (4).

Mentionnons encore les noms de DUGUET, HUTINEL, BERGER, HIRTZ, HUDELO, qui corroborent cette opinion.

Enfin EWALD (5) vint à son tour la défendre. GLENARD (6), de son côté, admet que la colite et l'appendicite peuvent simplement coexister chez un même sujet.

Dans l'autre camp, les contradicteurs n'étaient pas moins nombreux. C'étaient LAVERAN, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, PONCET et surtout RECLUS (7), et avec eux un grand nombre de chirurgiens. Albert ROBIN admet aussi une filiation entre la colite et l'appendicite, de même que TALAMON (8), etc.

BEAUSSENAT (9) d'ailleurs avait fait des recherches expérimentales très intéressantes pour montrer l'influence des entérites sur la production de l'appendicite.

La question a été traitée en outre par VORBE (10), par BEURNIER (11), par RASTOUIL (12), par MATHIEU dans son

(1) DIEULAFOY. — Acad. de Médecine, 1896-1897.

(2) POTAIN. — Acad. de Médecine, 6 avril 1897.

(3) ROUTIER. — Soc. de chirurgie, 96 et 97.

(4) GERVAIS DE ROUVILLE. — Appendicites expérimentales. *Revue Médicale*, mai 96.

(5) EWALD. — Congrès international de Paris, 1900.

(6) GLENARD. — Acad. médecine, 1897.

(7) Ibidem, 96 et 97.

(8) Société médicale des Hôpitaux, 1896-97.

(9) BEAUSSENAT. — Appendicites expérimentales ; pathologie de l'appendicite. *Th.*, Paris, 97.

(10) Des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse. *Th.*, Lyon, 98.

(11) Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie. *Journal des praticiens*, février 1900.

(12) RASTOUIL. — Appendicite chronique. *Th.*, Paris 1901.

traité des maladies de l'estomac et de l'intestin 1901, par Félix BERNARD (1), FOUCAUD (2), par EHRMANN (3).

En résumé, on voit que l'entéro-colite muco-membraneuse a donné lieu à un nombre considérable de travaux.

Tous, pour ainsi dire, ont trait à la clinique; l'entérite a pour ainsi dire échappé aux recherches expérimentales; toutefois, récemment, avec notre maître M. SOUPAULT, nous avons réussi à provoquer cette maladie chez des lapins, comme nous aurons l'occasion de le dire au cours de cette thèse.

Enfin, pour terminer, signalons la discussion actuelle à la Société médicale des Hôpitaux, dans laquelle les différents orateurs sont amenés à faire intervenir l'entéro-colite.

(1) Rapports de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite, 1903. XIV^e Congrès interne de médecine.

(2) FOUCAUD. — Des fonctions intestinales dans les affections de l'estomac. *Th.*, Paris, 1903.

(3) EHRMANN. — Appendicite et entéro-colite. *Th.*, 1903.

CHAPITRE III.

Etude anatomo-clinique.

Nous n'avons pas l'intention de reproduire ici l'histoire clinique de l'entéro-colite muco-membraneuse dans son ensemble. L'exposé détaillé s'en trouve dans tous les traités spéciaux. Néanmoins, pour le bien-fondé de la thèse que nous voulons soutenir nous sommes obligés de prendre, dans l'étude de la maladie, les principaux points qui méritent d'être mis en relief.

Comme dans toute autre affection, on reconnaît dans l'entéro-colite muco-membraneuse la coexistence de signes fonctionnels et de signes physiques.

Sans nous arrêter ici sur le mode de début de la maladie, rappelons immédiatement que les signes fonctionnels les plus importants sont au nombre de trois.

- 1° Sécrétion muco-membraneuse.
- 3° Troubles dans le fonctionnement intestinal.
- 3° Douleur.

Signes fonctionnels.

Sécrétion muco-membraneuse. — L'étude de cette sécrétion nous arrêtera quelques instants, puisque c'est sur son mode de production que portent nos travaux. Tous

les auteurs sont d'accord pour distinguer deux types bien déterminés :

Le type amorphe ;

Le type membraniforme.

Avant d'entrer dans le détail anatomique de ces productions, nous devons montrer comment les choses se présentent en clinique.

Le malade atteint d'entérite muco-membraneuse rend des glaires en *qualité* et en *quantité* variables. S'il est des cas classiques comme celui de LEREBoullet qui a vu les membranes remplir $\frac{1}{3}$ du vase de nuit, comme celui de LABoulbène qui a vu le vase être plein tout entier, il en est d'autres bien plus fréquents où l'expulsion des muco-membranes ne se produit qu'à certains moments, en faible quantité, avec ou sans crise.

Ce sont notamment ces derniers faits que nous envisagerons, et ce sont eux qu'on rencontre surtout dans la pratique journalière.

Les membranes se présentent alors, soit sous l'aspect de cylindres pleins, soit sous l'aspect de rubans aplatis ; d'autres fois on peut les comparer à du vermicelle, enfin ils ont pu en imposer à un examen superficiel pour des oxyures, des ascarides ou des ténias.

En général, il y a des périodes de rémission et d'exacerbation, en général aussi les déjections présentent d'autres caractères concomitants : fétidité, mucosités striées de sang, enfin même lienterie.

Ces membranes ne sont autre chose que du mucus intestinal. Celles qui affectent le type amorphe ressemblent à du blanc d'œuf plus ou moins coagulé, on a des boules grisâtres nageant dans l'eau, ou encore à une sorte de mousse et d'écume. Pour nous, il nous semble que volontiers ces membranes sont analogues à des crachats muqueux et adhérents. Le type membraniforme représente

un degré plus élevé dans l'organisation des produits. Il se présente en fragments de plus ou moins grande dimension, susceptibles de supporter les différentes comparaisons que nous rapportons à l'instant même. Il coïncide parfois avec le type amorphe. Un point, toutefois, est assez intéressant : le type membraneux peut affecter la forme de tube creux, quelquefois très long, et dont l'origine a été discutée.

Pour M. DEBOVE, le mucus intestinal tapisse d'abord la circonférence de l'intestin, se rétracte, puis se détache ; pour M. MATHIEU, les tubes prennent naissance dans un segment intestinal rétracté.

On a discuté sur la fréquence et la coexistence des rapports du type amorphe et du type membraneuse, nous croyons que le type amorphe se rencontre plutôt en cas de diarrhée qu'en cas de constipation, et, dans ce dernier, on trouve en général un boudin fécal de petit volume, en forme de scyballes ovillaires. Le type rubané, au contraire, accompagne de préférence les longs boudins focaux. LYON, de son côté, considère que le mucus évacué immédiatement se présente sous forme de glaires, tandis que par la stase prolongée dans l'intestin il se transforme en pseudo-membrane, c'est là une opinion d'accord avec la nôtre.

L'examen microscopique des membranes nous révèle différents points intéressants. Il ne s'agit évidemment que du type membraneux.

Ces pseudo-membranes, dit M. SOUPAULT (1), sont formées d'une substance fondamentale réagissant de façon différente à l'acide acétique ; tantôt cette substance devient trouble et striée, tantôt au contraire, elle s'éclaircit sous l'influence de cet acide. Outre la substance fondamentale, on trouve des cellules cylindriques dégénérées, des petites boulettes de matière fécale, des sels minéraux, de la graisse, une albumine spéciale, mais *jamais de fibrine*.

(1) *Manuel de Médecine*, DEBOVE et ACHIARD, loc. cit.

Les fausses membranes, comme nous l'avons indiqué, se présentent souvent sous forme de rubans : pour POTAIN, il faudrait expliquer cet aspect par le fait que les concrétions se sont formées sur les bandes longitudinales qui suivent le colon et qu'ensuite elles sont balayées par les matières fécales. Enfin ces rubans ont d'un côté une face lisse qui regarde la cavité intestinale, de l'autre, c'est une surface villieuse qui correspond à la muqueuse et adhère à l'intestin.

Troubles dans le fonctionnement intestinal. — Nous ne nous occuperons pour l'instant que des phénomènes de constipation et de diarrhée, sans préjudice des autres troubles digestifs que nous verrons ultérieurement.

La constipation est de règle dans l'entérite muco-membraneuse. C'est le premier en date des symptômes, il précède les muco-membranes, et on peut voir une relation de cause à effet, ainsi que beaucoup d'auteurs l'ont signalé.

Cette constipation, qu'elle soit atonique ou spasmodique, est toujours opiniâtre, les malades restant quelques jours sans aller à la garde-robe ; de plus, il existe des poussées paroxystiques aggravant encore la situation.

Si l'on peut assister à des débâcles, il faut bien se garder d'y voir une véritable diarrhée. Ce sont des fausses diarrhées intermittentes qui seront suivies d'une nouvelle phase de constipation prolongée. D'ailleurs, au milieu des matières fluides, il est de règle de rencontrer des boulettes dures, des scyballes semblables à celles que tous les auteurs décrivent. Toutefois, M. DIEULAFOY signale une diarrhée avec ou sans borborygmes survenant surtout après les repas et d'une horrible fétidité.

L'aspect des matières indique bien qu'il y a eu coprostase ; elles sont, en effet, sèches, dures, ovillées et reproduisent la forme des parois intestinales contre lesquelles elles ont adhéré et sur lesquelles elles se sont moulées.

Pour terminer, disons que les matières peuvent être quelquefois comme passées à la filière, ce qui, alors, permet presque à coup sûr de conclure à l'existence d'un spasme intermittent.

Douleur. — L'élément douleur occupe une place variable dans la symptomatologie de l'entérite muco-membraneuse. Elle ne manque jamais ; mais, comme on le sait, certains malades y sont plus sensibles que d'autres et, en outre, elle peut être très atténuée. On a eu recours à toute une série de comparaisons pour essayer de caractériser ces douleurs : tortillements, tiraillements, mouvements reptoïdes, brûlures, sensation d'un courant d'eau chaude (WILLIAMS), etc. Plus importante est l'étude des conditions qui les provoquent. La plupart du temps elles apparaissent deux ou trois heures après les repas ou dans la nuit, mais on peut les voir à toute heure. A côté de la douleur sourde et presque permanente, surgissent, par intervalles, des crises douloureuses surtout sous l'influence d'un écart du régime, et chez les sujets très névropathiques ces crises vont jusqu'à simuler le péritonisme : pâleur de la face, petitesse du pouls, aspect grippé du visage, etc. ; elles se calment lorsque le patient expulse quelques mucosités, mais, maintes fois, c'est pour reprendre peu après. On les désigne sous le nom de crises entéralgiques paroxystiques. Ajoutons, enfin, que MATHIEU signale des poussées fébriles. Quant au siège des douleurs, on cite notamment les deux fosses iliaques, la région ombilicale, le colon transverse plus particulièrement à ses angles, mais parfois le ventre est douloureux dans toute son étendue.

Nous n'insisterons pas sur la similitude qu'affectent les crises entéralgiques pour un médecin non prévenu avec la péritonite, l'appendicite, l'occlusion intestinale, etc. ; bien plus intéressante, nous paraît, au contraire, l'absence de douleur sur laquelle on a moins insisté et que nous avons relevée dans beaucoup d'observations.

La douleur, en effet, peut faire défaut complètement ; d'autres cas sont plus litigieux, le malade reportant l'élément douleur à l'affection causale pour nous de l'entéro-colite.

Signes physiques.

La seule présence des signes fonctionnels, la seule constatation des muco-membranes permettent évidemment le diagnostic ; les signes physiques n'en ont pas moins un intérêt capital, ne serait-ce qu'au point de vue doctrinal.

1° *Aspect du ventre.* — Le plus souvent on est frappé, en découvrant les malades, de la flaccidité de la paroi abdominale qui retombe en besace, ou bien qui se déprime ; mais cette paroi aussi peut être résistante ou distendue par les gaz du tube digestif.

Palpation. — La palpation donne des renseignements beaucoup plus importants. Lorsqu'on palpe la région abdominale, on constate d'abord dans certains cas une hypéresthésie marquée quoique non habituelle. Le ventre se laisse déprimer et la main peut être conduite sans résistance jusqu'à la colonne vertébrale ; il y a une molesse uniforme, une perte de résistance, de tonicité, qui ont fait comparer l'intestin à celui d'un cadavre, sensation que LANGENHAGEN désigne sous le nom de sensation d'*instestin chiffon* (1). Au contraire, le ventre présente parfois certaines zones dures, résistantes, caractéristiques, d'un état spasmodique (FLEINER). Cet état spasmodique coexiste avec l'atonie, ne prenant alors qu'une certaine étendue du tube intestinal ; c'est un spasme segmentaire qui, de plus, n'est pas permanent puisqu'on peut le voir apparaître et

(1) LANGENHAGEN. — De l'entéro-colite muco-membraneuse. 1901.

disparaître d'un jour à l'autre, d'un moment à un autre. Sa localisation la plus importante se fait au niveau du colon dont la rétraction donne la sensation de corde glissant sous la main et donnant lieu à un ressaut : c'est la corde colique de GLENARD. C'est là, il est vrai, pour cet auteur, un signe d'entéroptose.

La palpation fait sentir aussi des scyballes emprisonnées dans le cœcum quand ce dernier est dilaté ; elle révèle, de même, une accumulation de matières stercorales au niveau de l'S iliaque.

D'autres fois, on détermine un gargouillement dans les segments d'intestin frappés d'atonie ; enfin, une percussion douce et méthodique provoquera quelquefois la production de mouvements ondulatoires d'autant plus perceptibles que la paroi est plus molle et l'intestin plus gonflé de gaz. On ne les confondra pas avec les mouvements péristaltiques de l'estomac, de même qu'il ne faudra pas confondre les borborygmes intestinaux avec la stase d'un estomac dilaté.

Nous venons de passer en revue tous les signes qui caractérisent l'entéro-colite muco-membraneuse dans sa période d'état ; les auteurs classiques décrivent, en outre, toute une série de signes secondaires portant, soit sur le tube digestif, soit sur d'autres organes. C'est là une voie où nous ne les suivrons pas, considérant que sous cette rubrique on décrit presque toujours les lésions qui sont pour nous la cause même de l'entérite muco-membraneuse. Au lieu d'en faire des complications, nous les regardons comme des causes pathogéniques.

Bien plus important nous semble l'exposé des formes cliniques qui résultent de l'agencement, de la succession, de l'intensité des signes cardinaux de l'entérite muco-membraneuse et aussi du terrain où cette dernière évolue.

Formes cliniques.

Nous laissons de côté, bien entendu, toutes les formes cliniques qu'on voit chez les enfants et nous ne nous occuperons que de l'entéro-colite muco-membraneuse de l'adulte.

Tous les auteurs qui ont essayé de classer en formes différenciées cette entéro-colite se sont heurtés à d'assez grandes difficultés, les types pouvant indéfiniment se multiplier. Aussi le mieux est-il de distinguer avec G. LYON des formes bénignes et des formes graves.

Les formes graves elles-mêmes révèlent différents caractères ; ou bien, ce sont des crises entéralgiques, apyrétiques, caractérisées par un arrêt du cours des matières, par des souffrances intolérables, du ballonnement du ventre, le tout pouvant d'autant plus facilement simuler une péritonite ou une occlusion, que la face est grippée, le pouls petit, les extrémités froides, etc. Une débâcle spontanée ou provoquée fait tout rentrer dans l'ordre. Dans d'autres cas, ce sont des formes dysentériques et fébriles : épreinte, ténésme anal, membranes dysentériques semblables à de la lavure de chair et à des glaires sanglantes, quelquefois même hémorrhagies intestinales. Plus rarement les crises révèlent la forme typhoïde : céphalalgie insomnie, fièvre à 39 ou 40°, avec rémission matinale plus prononcée que la diotiénentherie et guérissant par les débâcles successives. Une autre forme grave consiste dans un état de cachexie chronique simulant le cancer avec teinte jaune des téguments, amaigrissement, alternatives de diarrhée et de constipation et neurasthénie extrême.

Malgré la gravité de ces formes, les cas de mort sont assez exceptionnels ; les malades vivent longtemps tout en continuant à souffrir — exception faite pour les colites à

évolution aigüe, capables d'entraîner la mort par ulcérations, hémorrhagies intestinales, etc.

Les formes bénignes sont bien plus fréquentes ; le type que décrivent en général les auteurs se résume à ceci : début lent et insidieux par constipation et présence de matières ovillées, dures, noirâtres, avec muco-membranes ; le tout s'amende momentanément pour reprendre plus tard. On note aussi de petites crises légères avec un peu de fièvre, pouls accéléré, anorexie, langue saburrale, sommeil pénible, apathie intellectuelle et physique.

La maladie peut poursuivre son chemin, les phénomènes intestinaux s'aggravant, la dépression nerveuse s'exagérant. Chez d'autres sujets, au contraire, un traitement bien compris a raison des phénomènes précédents et, d'une manière générale, l'entéro-colite muco-membraneuse aboutit, après un temps plus ou moins long et si aucune complication ne survient, à une guérison qui n'en doit pas moins faire redouter les récidives possibles.

Il est une forme plus atténuée que nous avons observée souvent et sur laquelle nous croyons devoir attirer l'attention. Dans ces faits, on peut dire que la muco-membrane résume pour ainsi dire toute la maladie. Le malade en rend dans ses selles sans qu'il s'en aperçoive ; aucune douleur ne vient l'avertir et, s'il n'est pas très observateur ou s'il est quelque peu négligent, il restera longtemps dans cet état avant de s'adresser à un médecin, et, encore à ce moment, accusera-t-il surtout des troubles de diarrhée, de constipation, et les muco-membranes continueront à passer inaperçues si le médecin ne les signale pas au malade et ne lui ordonne pas d'examiner l'état de ses selles.

Nous réservons une place aux faits rapportés par MM. DIEULAFOY, ODDO, MONGOUR (1), dans lesquels du sable intestinal venait compléter la scène morbide. Le sable,

(1) *Loco citato.*

constitué par des sels de chaux et de magnésie avec traces de silice et de chlorure, se présente sous l'aspect de vrai gravier de la dimension de pépins de raisin, d'une lentille, d'un pépin d'orange ou d'une petite noisette. Parfois aussi c'est du sable dans le sens pur du terme. Ce sable s'associe parfois à l'entéro-colite représentant ainsi une forme clinique bien déterminée.

Anatomie pathologique.

Lorsqu'on parcourt les différents travaux parus sur l'entérite muco-membraneuse, on est frappé de voir combien peu on possède de documents sur l'anatomie pathologique.

Les autopsies, en effet, se comptent : parmi les plus récentes, l'une est due à EDWARDS. VOUZELLE cite celle de M. ROTHMANN (1).

Ajoutons une autopsie faite par CHAZOT et une autre de O. ROTHMANN.

Antérieurement WANNEBROUCQ avait fait une étude sur la question qui suscita diverses objections. NOTHNAGEL, KITAWAGA, SCHMIDT ont étudié surtout les lésions cellulaires et, enfin, FINKELSTEIN et THIERCELIN se sont occupés de la bactériologie, mais sans aboutir à aucune conclusion ferme.

Résumons les notions qui se dégagent de ces études. L'anatomie pathologique de l'entéro-colite muco-membraneuse n'a pas de caractères bien particuliers.

Les lésions, pour la plupart des auteurs et notamment LANGENHAGEN et LYON, consistent en altérations superficielles et toutes catarrhales, siégeant surtout dans le gros intestin. De même, les frères ROTHMANN ne trouvent que des altérations minimes de la muqueuse : desquamation

(1) M. ROTHMANN. — *Über enteritis membranacea*, 1893.

partielle de l'épithélium, altération légère des glandes pénétrées par des bouchons de mucus.

Des cellules épithéliales, des leucocytes, des blocs réfringents, des micro-organismes divers se retrouvent dans la muco-membrane dont la composition écarte d'ailleurs bien toute idée d'inflammation puisqu'elle ne contient pas de fibrine. M. REMY, dans une analyse qu'il a faite, a également pu constater qu'il ne s'agit que de mucus et non de fibrine.

Il y a loin de ces idées à celles soutenues par WAXNEBROUCC pour qui existent des lésions profondes des tuniques intestinales : atrophie, sclérose, ulcération, voir perforation. LERREBOULET et d'autres auteurs à sa suite ont conclu qu'il ne s'agissait pas là d'entérite muco-membraneuse vraie.

Il est donc bien acquis actuellement que les parois de l'intestin sont à peine touchées dans l'entérite muco-membraneuse, c'est un point que nous indiquons ici en y insistant, car, comme nous le verrons plus loin, à nos yeux, il est d'une réelle valeur.

Il est aussi, nous paraît-il, intéressant de l'opposer aux colites des enfants étudiées par M. GUINON et dont VORBE rapporte un exposé dans sa thèse.

Il s'agit bien là de lésions inflammatoires, avec gonflement, congestion, ulcération. On trouve, en effet, alors l'épithélium de revêtement et les glandes muqueuses très altérées : noyaux à peine visibles, formes méconnaissables, diapédèse des cellules embryonnaires ; atrophie des glandes muqueuses dans les cas chroniques s'accompagnant d'hypertrophie conjonctive et musculaire.

Etiologie.

Nous terminons cette étude anatomo-clinique par l'étiologie de l'entérite muco-membraneuse. Nous n'entrons ici

dans aucune considération pathogénique et nous nous limitons à l'étiologie pure et simple.

L'entéro-colite est très fréquente, surtout si l'on tient compte des cas méconnus. POTAIN compte 103 entéro-colites muco-membraneuses sur 2.000 malades.

L'influence du sexe est très nette. Deux femmes pour un homme présentent de l'entérite, si l'on s'en réfère à l'ensemble des statistiques sur cette question.

Le maximum de fréquence se trouve à l'âge moyen de la vie entre vingt et quarante-cinq ans. On ne trouve guère d'entéro-colite avant quatre ou cinq ans. Dans la première enfance, en effet, se montrent des colites aiguës ou chroniques à caractères bien spéciaux.

Les conditions sociales méritent également une mention. Les classes aisées sont plus atteintes que les classes pauvres. De même, les citadins sont plus frappés que les campagnards.

On invoquait jadis, dans les antécédents des malades, le traumatisme, le refroidissement, la puerpéralité, etc.

Ce sont là autant de causes qu'on abandonne aujourd'hui en faveur de notions plus larges, d'ordre diathésique et constitutionnel.

Que voit-on, en effet, dans les antécédents du malade ?

Héréditaires.— C'est le neuro-arthritisme avec tout son cortège : goutte, gravelle, obésité, migraines, hémorroïdes, asthme, hystérie, neurasthénie, nervosisme. Bien plus, on a relevé même l'hérédité directe de la maladie.

Dans les antécédents *personnels* se voient une disposition à l'atonie intestinale, une constipation opiniâtre, une mollesse du ventre, une susceptibilité spéciale de l'intestin ; le tout, sans parler des manifestations possibles de l'arthritisme.

Aussi certains auteurs considèrent-ils expressément l'entéro-colite muco-membraneuse comme un stigmate de la diathèse neuro-arthritique ; c'est là l'opinion de Germain

SÉE, de MATHIEU, de LANGENHAGEN et de la plupart des médecins de Plombières qui ont eu l'occasion de recueillir un grand nombre d'observations.

Ils en concluent que la fréquence croissante de cette affection s'explique aisément ; l'existence actuelle augmente les causes qui favorisent les manifestations du neuro-arthritisme : vie active, surmenage, vices d'alimentation, etc.

De plus, il faut signaler encore l'existence d'affections intestinales ou péritonéales dans les antécédents du malade : entérites aiguës d'origines diverses, fièvre typhoïde, dysenterie, péritonites aiguës.

Tels sont les faits sur lesquels s'appuie l'histoire étiologique de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Pour précis et documentés qu'ils puissent paraître, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont insuffisants à eux seuls à expliquer la genèse de la maladie ; c'est là un point que seule la pathogénie sera en état d'éclaircir.

Les données pathogéniques n'ont pas manqué jusqu'à présent. Nous croyons inutile de toutes les exposer. Notre thèse ayant purement pour but d'établir une pathogénie différente de celles qui sont le plus généralement admises.

Avant de résumer dans un chapitre d'ensemble cette pathogénie, nous croyons logique de procéder à l'exposition des faits qui nous ont conduit à l'admettre et sur lesquels elle est étayée.

CHAPITRE IV.

Coexistence de l'entéro-colite avec d'autres affections.

La plupart des auteurs, après avoir décrit l'entérite muco-membraneuse, ouvrent un chapitre de complications dans lequel ils font entrer les affections les plus variées. A notre avis, ce n'est pas de complications qu'il s'agit, mais bien d'associations, voir de causes originelles.

Nous nous proposons, dans les lignes qui vont suivre, de passer en revue ces maladies et de faire voir, chemin faisant, comment elles affectent avec l'entéro-colite des rapports étroits de causes à effet.

Appendicite et entéro-colite.

C'est en 1896, que s'ouvrit à l'Académie de médecine d'abord, dans d'autres Sociétés savantes ensuite, un célèbre débat dû à l'initiative de M. DIEULAFOY, sur les rapports de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite.

Nous avons déjà rappelé ces faits dans notre historique en montrant les positions prises par les différents orateurs.

D'un côté MM. DIEULAFOY et POTAIN qui soutiennent que jamais l'appendicite n'est la conséquence de l'entéro-colite, que la crise d'entéro-colite ne se termine jamais par

l'appendicite. De l'autre côté, M. RECLUS et plusieurs chirurgiens et médecins des hôpitaux relataient des cas où au contraire l'appendicite était en relation avec l'entérocolite.

Depuis, VORBE (1) a fait une thèse dans laquelle il soutient la même opinion, sous l'inspiration de son maître M. PONCET.

Au milieu de ces faits contradictoires, une place spéciale doit être faite à GLENARD, qui, tout en admettant que colite et appendicite coexistent volontiers, ne va néanmoins pas jusqu'à faire dépendre directement la lésion appendiculaire de la lésion intestinale.

La question n'est pas épuisée, nous n'en faisons du reste pas l'historique, mais nous devons rapporter qu'elle a été résumée récemment par BERNARD (2), qui considère l'appendice comme souvent atteint dans le cours de la colite, par EHLMANN (3), pour qui l'appendicite est une manifestation fréquente au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, mais sans qu'un même facteur étiologique puisse être invoquée.

A notre avis, la question ne se pose pas exactement de la même manière et nous ne saurions nous ranger du côté de ceux pour qui l'appendicite n'affecte aucune relation avec l'entéro-colite, ni du côté de ceux pour qui cette appendicite est la conséquence de l'entéro-colite.

Nous admettons une relation de toute évidence, mais les termes doivent en être renversés. S'il y a entéro-colite, c'est qu'il y avait primitivement atteinte appendiculaire, l'entéro-colite est secondaire à une lésion primitive de l'appendice.

Deux cas doivent être distingués : dans un premier ordre de faits, il s'agit de l'appendicite aiguë et brutale, telle

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

qu'on la voit le plus communément. Si bien souvent elle évolue sans retentissement sur le reste de l'intestin, il n'en est pas moins vrai qu'il est des formes où ses manifestations cliniques peuvent être précédées de l'expulsion de muco-membranes et où surtout ces muco-membranes disparaissent après l'ablation de l'appendice pour ne plus se montrer ultérieurement.

Certains auteurs, il est vrai, prétendent que cette extirpation n'agit pas sur les pseudo-membranes; la chose est possible, mais nous pouvons citer des cas où la guérison de l'entéro-colite a été absolue.

Bien plus souvent, c'est au cours de l'appendicite frustre, appelée aussi appendicite larvée, appendicite chronique, que se manifestent les symptômes de l'entéro-colite muco-membraneuse. On en trouvera des exemples dans les travaux de MATHIEU, la thèse de RASTOUIL, etc. JALAGUIER affirme aussi l'influence prédisposante incontestable de tous les états digestifs susceptibles de donner lieu à l'infection appendiculaire (1). Nous pourrions encore citer certains auteurs dont les idées ne feraient que corroborer celles que nous venons d'indiquer.

Il nous suffira de rappeler la communication récente de SIREDEY, qui fut le point de départ d'une intéressante discussion à la Société médicale des Hôpitaux (2). Cet auteur, établissant la symptomatologie des formes frustres de l'appendicite chronique, est ainsi conduit à montrer que c'est là un syndrome plus fréquent qu'on ne le croit en général.

Nous nous demandons aussi si certains troubles fonctionnels, rattachés à l'entéro-colite muco-membraneuse, ne relèvent pas des formes frustes de l'appendicite consti-

(1) DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie. Voir chapitre I de la Thèse

(2) *Bulletin Soc. médicale des Hôpitaux*, 20 mars 1903.

Bulletin médical, 21 Mars.

pation, douleur dans la fosse iliaque droite, colon transverse, ombilic, etc.).

Ce que nous pouvons, en tout cas, affirmer, c'est que l'entéro-colite se rencontre souvent dans ces états appendiculaires et en cela nous sommes du même avis que la plupart des auteurs qui ont traité la question. Mais où nous nous séparons d'eux, c'est lorsqu'ils considèrent cette appendicite comme une simple localisation du trouble intestinal généralisé, bien au contraire cette appendicite, provoque à nos yeux la production et l'expulsion des fausses membranes, témoin l'observation où l'intervention et l'ablation de l'appendice firent disparaître les phénomènes entéritiques. Dans les autres observations qui suivent, la relation ne nous paraît pas moins nette et nous concluons en posant comme principe que l'entérite muco-membraneuse, dans l'appendicite chronique comme dans l'appendicite aiguë, est un trouble souvent secondaire.

Il serait intéressant d'établir la pathogénie exacte de cette relation. Les théories ne manquent pas et comme bien des cliniciens ont relevé la coexistence des deux affections ils ont évidemment cherché à montrer comment l'appendicite pouvait succéder à l'entéro-colite. C'est ainsi que RECLUS, après avoir rappelé qu'il existe des appendicites de causes locales (corps étrangers, etc.), de causes générales (grippe, etc.) et d'origine digestive, explique ces dernières en invoquant la stagnation de liquide septique dans tout l'intestin et par conséquent dans l'appendice, qu'il compare à une fistule borgne, interne : la virulence de ces produits créerait l'appendicite. Pour d'autres auteurs, il faudrait faire intervenir l'élément névropathique et hystérique. S'appuyant sur l'appendicite, chez les hystériques, décrite par RENDU (1) et par TALAMON (2), s'appuyant aussi sur ce fait que la colite muco-membraneuse

(1) Société médicale des Hôpitaux, 19 mars 1897.

(2) 26 mars 1897.

germe volontiers sur un terrain névropathique, ils en sont arrivés à supposer que les lésions intestinales et appendiculaires ne constituent probablement que deux localisations soumises à une même cause générale.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE incrimine une alimentation mal comprise, trop carnée, l'alcoolisme, la sédentarité qui exercent d'abord leur action nocive sur l'intestin, puis sur l'appendice. La théorie d'ALBERT ROBIN (1) n'a pas été sans rencontrer également quelques succès ; pour lui, l'appendicite et la colite muco-membraneuse représentent deux formes du retentissement intestinal, de l'hypersténie gastrique avec hyperchlorhydrie ; il y aurait un trouble fonctionnel gastro-intestinal dont la première étape est constituée par l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie, la seconde par la colite muco-membraneuse, la dernière par l'appendicite. En d'autres termes, l'état gastrique créerait une constipation spéciale, l'entéro-colite étant liée à une coprostase colo-iliaque ; l'appendicite a une coprostase cœcale.

A vrai dire, dans la question des rapports de l'entéro-colite et de l'appendicite, les notions pathogéniques nous semblent avoir été exposés d'une manière trop absolue, rien ne démontre qu'il faille toujours invoquer les mêmes causes et que telle pathogénie s'applique à tous les cas, et cela nous paraît d'autant plus évident, que ces théories ne se basent pas sur des faits expérimentaux, mais résultent surtout de statistiques portant sur un nombre de cas plus ou moins importants.

Le point qui nous intéresse spécialement, c'est que plusieurs auteurs et notamment VORBE, BROCA, BEURNIER, FROUSSARD, ne sauraient admettre que l'entéro-colite muco-membraneuse puisse apparaître comme complication au cours de l'appendicite.

(1) AL. ROBIN. — Des maladies de l'estomac. Diagnostic et traitement.

Nos observations viennent nous démontrer le contraire. Si l'on peut s'appuyer pour soutenir la filiation qui attribue le premier rôle à la colite — filiation que nous ne nions pas dans certains cas — sur la priorité des symptômes d'entérite, il n'en reste pas moins qu'il y a souvent là une erreur d'interprétation.

Rappelons-nous les appendicites frustes caractérisées d'après SIREDEY par une dyspepsie particulière et capricieuse, par des désordres des fonctions intestinales, par des douleurs à l'occasion des mouvements, par des troubles généraux. Tous ces symptômes se rencontrent avant l'entéro-colite et sont d'origine appendiculaire; ils diffèrent évidemment du syndrome appendiculaire, éclatant plus ou moins brusquement au cours de la colite. La plupart des auteurs, quand ils décrivent ce syndrome, ont du reste grand soin d'ajouter que l'affection appendiculaire est souvent très atténuée, comme lavée, et masquée par les phénomènes intestinaux; devant la difficulté même de dépister l'atteinte appendiculaire secondaire, ils ont cherché des signes à peu près pathognomoniques, et BERNARD recommande spécialement la constatation d'un état nauséux spécial, subcontinu ou continu empêchant les malades de s'alimenter, et la localisation très précise du point douloureux de Mac BURNEY. Cependant nous croyons que le point de Mac BURNEY ne siège pas toujours exactement à son lieu d'élection.

Au lieu de considérer, avec tous les auteurs précédents, qu'il est possible, quoique difficile, de dépister l'appendicite au cours de la colite, nous considérons au contraire que cette appendicite préexiste et que ce que certains auteurs prennent pour l'éclosion de la maladie n'est qu'une recrudescence survenue sous une influence ou sous une autre.

Terminons ce chapitre en précisant notre pensée. L'entérite muco-membraneuse, lorsqu'elle coexiste avec l'appen-

dicite, est le plus souvent secondaire à cette dernière. Nous nous réservons d'étudier plus tard le mécanisme que nous croyons devoir invoquer. Bien entendu, nous ne voulons pas nier que dans certains cas, cependant, au cours d'une appendicite nettement déterminé, ne puissent surgir des phénomènes entéritiques, mais ce sont là, à nos yeux, des exceptions par rapport à la formule que nous avons posée et qui nous apparaît être la règle ordinaire.

Troubles utéro-ovariens. — Dysménorrhée et entéro-colite.

C'est une notion classique aujourd'hui que la coexistence fréquente de la colite muco-membraneuse, avec les affections utéro-ovariennes. Nous n'abordons pas ici la question dans tous ses détails, n'ayant pas la compétence nécessaire au gynécologue qui dépiste les affections des organes génitaux de la femme, et voulant, en outre, faire bien plus un travail d'ensemble et émettre des idées pathogéniques générales.

Tout d'abord on a supposé que les relations entre les troubles intestinaux et génitaux de la femme étaient simplement d'ordre statique.

Un prolapsus des tumeurs fibreuses, des brides péritonéales, etc., comprimant et distendant l'intestin. A cette notion toute mécanique MONOD, MORAU, OZENNE, PICHEVIN, OLLIVIER ont substitué une théorie infectieuse dont l'exposition peut se lire en détail dans la thèse de LETCHEFF (1); « par voie lymphatique l'infection se propagerait du vagin et de l'utérus au rectum et à l'intestin. »

Cette manière de voir admet comme démontrée, si elle veut avoir toute sa valeur, la nature infectieuse de l'entéro-colite muco-membraneuse. Ici encore nous considérons que

(1) Loc. cit.

L'entérite peut apparaître au cours des maladies des organes génitaux, et c'est une constatation qu'admettent tous les auteurs. Nous ajoutons qu'elle est nettement secondaire et nous répétons ce que nous disions pour l'appendicite. L'affection utéro-ovarienne débute, et par un processus réflexe naissent les muco-membranes. Mais tandis qu'une telle opinion n'a encore trouvé aucun crédit en matière d'appendicite, elle est au contraire généralement acceptée lorsqu'il s'agit des organes génitaux de la femme. « Il est rare qu'une femme atteinte d'entéro-colite muco-membraneuse ne présente pas ou n'ait présenté, avant l'affection intestinale, quelque accident du côté de la matrice ou des annexes.

Dans mes observations, je relève fréquemment la métrite seule ou accompagnée de salpingite ou d'ovarite ; les ulcérations du col, la dysménorrhée membraneuse, les tumeurs fibreuses, le prolapsus utérin, les déviations de la matrice, retro ou ante versions ou flexions, très souvent même les désordres génitaux masquent complètement l'affection intestinale ; on ne voit et on ne traite qu'eux, et il m'est arrivé aussi, à plusieurs reprises, de dépister des entérites muco-membraneuses méconnues et de pouvoir soulager, par un traitement approprié, des malades dont les symptômes gastro-intestinaux n'étaient pas pris en considération ou étaient mis sur le compte de la nervosité » (1).

La dernière partie de cette citation contient un argument irréfutable de l'origine réflexe des troubles entéritiques au cours des affections utéro annexielles puisque le traitement de ces dernières améliore les premiers. Par comparaison nous rappellerons encore que les choses se passent identiquement de même dans différents cas d'appendicite ; pourquoi donc refuser à l'appendicite ce qu'on accorde

(1) LANGENHAGEN. — De l'Entérite muco-membraneuse, 1901.

unanimentement aux lésions génitales ? La constatation est encore plus évidente lorsqu'au lieu d'avoir à faire à des métrites qu'améliore un simple traitement médical, il s'agit de fibromes, qu'une intervention opératoire supprime d'emblée comme elle supprime d'emblée l'entéro-colite concomittante. Le fait est, de tous points, analogue à notre première observation d'appendicite.

Ces derniers temps, l'attention du corps médical s'est arrêtée non plus sur les affections organiques de l'appareil génital de la femme, mais sur les troubles dysménor-rheiques si fréquents sans la présence d'aucune lésion causale apparente.

Déjà EMPIS avait vu des poussées de colite coïncider avec les métrorrhagies de même que GAILLARD. Du reste, DALCHÉ, LAQUERRIÈRE et DELHERM insistent sur la fréquence du spasme intestinal et de la colite chez les utérines.

Le 7 novembre 1903, LEGENDRE (2) décrivait « un syndrome dans lequel s'associent à parts variables, les troubles intestinaux et les troubles menstruels avec leur retentissement sur le système nerveux et la nutrition générale ». La menstruation douloureuse et pénible s'accompagne du tableau de l'appendicite et l'orage se calme par une débâcle muco-membraneuse. MERIGOT DE TREIGNY, peu après, publiait une nouvelle observation (3). Mais le 27 novembre, notre maître, M. SOUPAULT, était revenu sur la question (4) et établissant à son tour, la coïncidence des phénomènes appendiculaires, au moment de la menstruation, insistait aussi sur ce fait que la colite muco-membraneuse vraie présente souvent une exacerbation au moment des règles. Pour nous, dans ces cas, la colite muco-membraneuse

(1) DELHERM. — *Th.* Paris, 1903.

(2) *Bulletin médical*, LEGENDRE, 7 nov. 1903.

(3) *Journal de Médecine de Paris*, 6 décembre 1903.

(4) *Société Médicale des Hôpitaux*, SOUPAULT et JOUAUST. Appendicite larvée et menstruation, 27 novembre 1903.

représente alors une manifestation d'appendicite larvée et il y a coexistence d'appendicite, comme le disait LEGENDRE, et d'entéro-colite muco-membraneuse dont nous admettons la nature réflexe.

Ce réflexe entéritique acquiert un maximum au moment des règles, mais il est toujours identique et de même nature que celui que nous avons signalé au chapitre précédent.

Il nous semble que rien ne peut mieux prouver l'origine nerveuse de ces entérites, que de les voir liées à la menstruation. On sait, en effet, combien de phénomènes réflexes peuvent se rencontrer à ce moment chez les femmes, phénomènes variables avec chaque individualité et susceptibles de se porter sur n'importe quel point de l'organisme.

Lésions hépatiques et rénales et entéro-colite.

Nous ne nous occuperons pas ici des ptoses hépatiques et rénales que nous réserverons pour le chapitre des ptoses générales. L'étude actuelle envisage surtout la lithiase dans ses rapports avec l'entéro-colite. C'est là un point sur lequel nous ne possédons pas beaucoup de documents. On se borne dans les traités, à citer la lithiase comme une coexistence ou une complication de l'entérite, sans y insister autrement.

Nous conformant à nos idées sur la pathogénie de l'entérite muco-membraneuse, nous nous sommes demandés si ces lésions hépatiques ou rénales ne représentaient pas la cause originelle à laquelle il fallait faire remonter une entérite réflexe. Des observations nous ont montré le bien fondé de cette opinion.

VAN SWIETEN, ayant retrouvé la lithiase biliaire dans les antécédents de ses malades, pensait que la diminution de la bile entraînait la paresse de l'intestin et expliquait

tous les troubles digestifs. Germain SÉE, attribue à un trouble de la sécrétion biliaire quelques-uns des symptômes de l'entéro-colite. LYON, se borne à constater la coexistence possible de la lithiase biliaire avec l'entérite muco-membraneuse, leur alternance possible chez un même individu, et dans les antécédents héréditaires ou personnels.

FROUSSARD n'y voit qu'une association morbide régie par l'arthritisme.

MAZERAN (1), dans un travail sur la constipation spasmodique, se borne à signaler les migrations calculeuses comme s'accompagnant d'un certain degré de spasme aussi fugace que la crise déterminante.

DE LANGENHAGEN, parle de congestion hépatique ou au contraire de la rétraction de l'organe.

Enfin, on sait que dans l'entéro-colite muco-membraneuse peuvent se voir des troubles fonctionnels passagers du foie, ce sont ces troubles que GLENARD appelle *hépatisme* et ce sont eux qui tiendraient sous leur dépendance les différentes ptoses viscérales dont l'entérite muco-membraneuse ne serait pour lui qu'une forme avancée.

Cet auteur établit, il est vrai, la dépendance de l'entérite aux phénomènes hépatiques, mais en invoquant une ptose viscérale intermédiaire.

Pour nous, nous croyons que l'entérite se présente ici encore comme un réflexe consécutif à la lithiase biliaire, comme nous avons eu l'occasion d'en observer quelques cas.

Cette entérite réflexe peut se manifester aussi au cours de la lithiase rénale, il ne faut pas la confondre avec une entérite franchement aiguë et infectieuse apparaissant par irruption de pus dans la cavité intestinale ou de toute autre manière ; mais si l'on voit un malade avoir de l'entérite nettement muco-membraneuse qui ne cède à aucun traite-

(1) La constipation spasmodique. *Presse Médicale*, 22 juin 1901.

ment et qui ne disparaît franchement que par l'ablation d'un calcul rénal peut-on faire autrement que de l'attribuer à cette lithiase elle-même. A vrai dire, nous n'avons pas trouvé d'observations ni de documents dans lesquels soient explicitement exposés les rapports de l'entérite avec les maladies du rein, exception faite pour la néphroptose.

Néanmoins, nous rapportons un cas assez typique pour n'être pas sujet à caution.

Indépendamment de la lithiase, le foie peut retentir sur l'intestin et créer de l'entéro-colite muco-membraneuse par des processus différents. Ce sont les troubles de la fonction biliaire qu'il faut alors invoquer. Sans parler des cas où le foie, pendant les crises paroxystiques a paru gros et douloureux et où l'on a même noté une teinte jaunâtre des conjonctives, faits qui mériteraient de plus amples recherches, rappelons que, à la suite de Germain SÉE et de MALIBRAN, DE LANGENHAGEN a vu la décoloration des fèces survenir par périodes intermittentes au cours de l'entérite muco-membraneuse et durer de quelques jours à plusieurs semaines ; il n'y avait pas d'ictère, pas même de subictère, aucun signe de congestion hépatique, c'était un simple arrêt dans la sécrétion et l'écoulement de la bile, une acholie simple. DE LANGENHAGEN, sans expliquer ce trouble fonctionnel du foie, invoque une sorte de perversion générale du système nerveux, portant à la fois sur les nerfs moteurs sensitifs trophiques et surtout sécrétoires et par conséquent hépatobiliaires.

Nous interprétons cette observation fort intéressante en faisant de cette acholie la maladie primitive, ou tout au moins la traduction générale d'un état morbide primitif ; les phénomènes entéritiques concomitants nous apparaissent comme des troubles réflexes et nous retrouvons dans ce cas la confirmation de l'idée que nous ne cessons de soutenir : l'entérite muco-membraneuse représente une

affection secondaire névropathique réflexe, sous la dépendance d'une maladie organique rénale ou hépatique.

Ptoses viscérales et entéro-colite.

« Il existe, dit M. GLENARD, une espèce morbide que l'on doit désigner sous le nom d'entéroptose et dans laquelle rentrent une foule de maladies actuellement désignées sous le nom de dyspepsies, de névropathies, de neurasthésies, maladies d'estomac, maladies d'intestin, affections utérines ». Depuis que GLENARD a décrit, en 1887 d'abord, dans de nombreuses communications ensuite, les ptoses viscérales en général et l'entéroptose en particulier, cette affection a pris droit de cité et même elle est désignée quelquefois sous le nom de maladie de GLENARD (MONTEUUIS POLTAWICZ).

GLENARD considère l'entéroptose comme une maladie primitive, un fait initial dont découlent tous les autres, dyspepsie, colite, neurasthémie, l'atonie intestinale créant ainsi de toutes pièces une série d'états morbides.

Mais d'autres auteurs veulent que la ptose soit sous la dépendance de la colite. La colite se produisant sur un intestin en atonie y créerait des modifications provoquant un relâchement des ligaments suspenseurs, c'est-à-dire l'entéroptose.

« De même, dit LYON, que nous avons considéré les troubles gastriques comme subordonnés à la même cause générale que l'entéro-colite, de même, à notre avis, faut-il considérer l'atonie intestinale, puis la colite et l'entéroptose comme des accidents dont le point de départ doit être cherché dans un trouble primitif du système nerveux. C'est là l'opinion de MALIBRAN qui nous paraît plus rationnelle et comme supportant bien mieux la discussion que la théorie quelque peu quintessenciée de GLENARD, accordant à

l'entéroptose un rôle pathogénique des plus discutables ».

Nous ne suivrons pas les différents auteurs qui ont écrit des volumes pour savoir s'il fallait avec GLENARD considérer la névropathie ou la neurasthénie comme conséquence de l'entéroptose, mais nous devons reconnaître que la majorité des médecins qui ont traité la question considèrent l'entéroptose comme un état secondaire relevant d'une névropathie antérieure (De LANGENHAGEN, MALIBRAN, etc.).

Nous ne devons pas non plus oublier les idées de M. MATHIEU (1), pour qui le relâchement des muscles de la paroi abdominale, serait le fait primordial et agirait surtout en diminuant la tension intra-abdominale.

L'entéroptose ainsi créée pourrait s'accompagner ou non de troubles intestinaux, d'entéro-colite muco-membraneuse, dus à une déséquilibration de la névro-motricité. MATHIEU, sans être aussi affirmatif en ce qui concerne la néphroptose, n'en soutient pas moins que le rein mobile entretient, prolonge et exagère l'entéro-colite muco-membraneuse ; il invoque pour cela un tiraillement des filets nerveux du hile rénal créant un état de névrose des plexus abdominaux. Ainsi donc pour GLENARD comme pour MATHIEU, l'entéroptose comme la néphroptose ont une part prépondérante dans la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse. On retrouve cette idée dans les travaux de BOAS et de JAGOT (2) : Ptoses viscérales primitives, vices de position secondaires et notamment courbure angulaire du colon transverse, ensuite coprostase encore augmentée par l'atonie concomittante de l'intestin, d'où production exagérée de mucus ; ou bien néphroptoses primitives, abaissements secondaires du coude droit du colon avec névrose du plexus solaire coprostase et mucosités.

Les rapports immédiats qui unissent l'entéro-colite et la

(1) Société de thérapeutique, 1897.

(2) *Archives médicales d'Angers*, 1897.

néphroptose sont manifestement évidents par suite de cette notion que la fixation du rein mobile fait disparaître l'entéro-colite ; c'est là un point bien acquis sur lequel nous insistons à dessein.

A ceux qui pourraient nous objecter que cette idée relève plutôt de la théorie et ne fait que consacrer une vue de l'esprit, nous répondrons par une observation due à WEBER et publiée dans les bulletins de la Société de Thérapeutique du 24 octobre 1894 : néphroptose chez une femme de 30 ans avec entéro-colite rebelle à tout traitement ; fixation du rein disparition des fausses membranes.

Nous ne nous sommes encore occupés que d'entéroptose et de néphroptose ; l'hépatoptose n'a pas un rôle moins important. Il suffit de parcourir les observations de différents auteurs pour voir signaler cette modalité clinique. Bien plus, fréquemment il existe une coïncidence entre l'hépatoptose et la néphroptose et il n'est pas rare de constater en même temps que la corde colique de GLENARD, un foie abaissé, ainsi qu'un rein mobile. Toutefois de LANGENHAGEN a vu beaucoup moins souvent l'hépatoptose que la néphroptose. Le fait ne nous paraît pas surprenant : les causes de mobilité rénale sont en effet multiples, c'est la disparition de la couche adipeuse périrénale, c'est l'action qu'exerce la face inférieure du foie qui vient comprimer la région supérieure du rein, etc., tandis que le foie est maintenu par un appareil suspenseur d'une rare solidité (1).

La ptose utérine relève de circonstances multiples, et coïncide fréquemment avec d'autres affections des organes génitaux. L'entéro-colite muco-membraneuse n'est pas rare dans ces cas, mais on pourrait l'attribuer alors aux seules affections utéro-ovariennes conformément à ce que nous avons écrit dans un chapitre précédent ; toutefois il existe des faits où le prolapsus de la matrice se présente

(1) FAURE. — *Th.* 1892.

sans autres altérations concomitantes, c'est le plus souvent de ptosiques abdominales généralisées qu'il s'agit alors, et il serait pour le moins inutile d'essayer d'attribuer à l'une quelconque de ces ptoses plutôt qu'à une autre les phénomènes entéritiques concomittants. Mais il existe des cas où le prolapsus génital représente la maladie toute entière, il est de toute évidence alors que c'est ce prolapsus génital qui doit être seul incriminé dans l'entéro-colite ; c'est l'opinion que formulent expressément de LANGENHAGEN et LYON.

Il nous paraît incontestable que, nulle part mieux que dans ces ptoses viscérales, la notion d'entéro-colite réflexe ne doive rentrer en ligne de compte, et cela est si vrai que certains auteurs même ont adopté cette théorie, alors qu'il s'agissait de ptoses et qu'ils ne l'étendaient pas aux autres causes morbides, elles aussi susceptibles à nos yeux de créer l'entéro-colite.

Le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse se présente d'ailleurs dans ce cas avec sa plus parfaite netteté (1).

Cette théorie réflexe est celle à laquelle nous nous rallions sans hésitation ; nous ne nous appuyons pas seulement sur l'autorité des auteurs compétents, mais nous nous en référons à l'autorité plus grande encore des faits que nous avons constatés. En soignant l'entéroptose par le port d'une ceinture abdominale appropriée, en traitant la néphroptose par une ceinture à pelote spéciale, en relevant le prolapsus utérin à l'aide de pessaire, on observe la disparition des troubles intestinaux, douleur, troubles de la défécation, muco-membranes.

L'expérience ici est décisive. La thérapeutique agit en l'espèce en calmant l'irritation des multiples plexus nerveux intra-abdominaux tiraillés par les ptoses et

(1) LYON. — Gastropathies et Entéropathies d'origine statique. *Gazette des Hôpitaux*, Nov., 1902.

réagissant par voie réflexe sur l'intestin où se font les muco-membranes ; que les organes soient soulevés et revenus à leur place habituelle, le tiraillement des plexus nerveux cessera par là même comme cessera le réflexe muco-membraneux auquel président ces derniers.

Troubles gastriques et entéro-colite.

En parcourant la liste des différentes affections qui peuvent frapper l'estomac, on est frappé de voir combien d'entre elles retentissent sur l'intestin, si bien que l'on se trouve souvent en face d'un syndrome complexe dans lequel le clinicien doit relever ce qui revient à l'estomac et ce qui revient à l'intestin ; la tâche n'est pas toujours aisée et déjà Germain SÉE, dans ses études sur les dyspepsies gastro-intestinales, relatait les méprises que l'on peut commettre entre les affections de l'estomac et celles de l'intestin.

C'est qu'en effet, qu'il s'agisse de troubles sécrétoires, de troubles de la motricité, de troubles de la sensibilité ; qu'il s'agisse de maladies à caractère plus spécifique : ulcère et cancer, l'intestin peut toujours subir le retentissement de la lésion stomacale. Nous ne reviendrons pas sur les multiples travaux où ce point a été mis en relief, il nous suffira de citer un article fort intéressant de TRIPIER (1), les études de Gaston LYON, de MATHIEU, une observation de LEMIERE, une revue de ROMME, et surtout les communications de notre maître M. SOUPAULT, dont les idées en cette matière sont synthétisées dans la thèse d'un de ses élèves, FOUCAUD (2).

(1) TRIPIER. Diarrhée dans le cancer de l'estomac. *Lyon Médical*, 1881.

(2) FOUCAUD. Des fonctions intestinales dans les affections de l'estomac. *Th.*, Paris, 1903.

Ce dernier auteur conclut que l'intestin paraît être impressionné dans presque tous les cas par les différentes névropathies mais que les troubles moteurs de l'estomac exercent sur le canal intestinal une action beaucoup plus marquée que les troubles du chimisme et les troubles de la sécrétion. De plus, il ajoute que la réaction intestinale se traduit sous trois formes différentes : diarrhée, constipation, entérite muco-membraneuse.

Le but que nous nous sommes tracé dans cette thèse limite naturellement notre champ d'action à l'étude du retentissement intestinal envisagé sous la forme d'entérite muco-membraneuse, et dès à présent nous devons rapporter une statistique personnelle bien susceptible de montrer toute l'importance des muco-membranes : sur 73 cas d'affections stomacales diverses, nous avons noté cinquante-neuf fois de l'entérite muco-membraneuse.

Deux remarques s'imposent dès à présent. Tout d'abord il est curieux de noter que cette entérite muco-membraneuse peut se présenter sous des aspects très différents. Ou bien elle se présente sous sa forme la plus franche avec ses caractères classiques que nous nous sommes efforcés de mettre en relief au début de notre travail, ou bien elle se manifeste avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration sans causes connues. Le malade rejette un jour de nombreuses muco-membranes; le lendemain ou quelque temps plus tard, on n'en trouve plus trace dans les selles et on croit à une guérison que les événements viennent bientôt contredire.

Ou bien enfin l'élément intestinal est réduit à sa plus simple expression, les muco-membranes sont assez petites, et en assez faible quantité pour passer inaperçues du malade et même du médecin, si ce dernier néglige de s'occuper de cette complication. Cela est d'autant plus fréquent qu'on a affaire à des gens moins soigneux, moins propres et moins soucieux de leur état. De plus, ces

muco-membranes ne s'accompagnent pas toujours de douleur, les troubles dans le fonctionnement intestinal peuvent très bien n'occuper que le second plan, toutes conditions qui concourent encore à faire perdre de vue l'entérite muco-membraneuse. Lorsqu'au contraire le malade est un neurasthénique, la muco-membrane n'échappe guère à son attention ; ces malades, on le sait, sont des auto-observateurs par excellence et aucun détail n'est pour eux négligeable, d'autant plus que la dyspepsie est singulièrement fréquente chez eux et par suite l'entérite muco-membraneuse secondaire et réflexe.

Le second point que nous devons indiquer est le suivant : si les muco-membranes sont susceptibles de se manifester au cours de toutes les variétés de gastropathies, il n'en est pas moins vrai que pour des raisons qui nous échappent, elles sont infiniment plus fréquentes dans certaines affections de l'estomac que dans d'autres. Trois d'entre elles nous arrêteront dans ce chapitre : l'ulcère de l'estomac, le cancer de l'estomac, la dyspepsie nerveuse.

1° L'ulcère de l'estomac. — L'ulcère de l'estomac affecte des modalités cliniques bien différentes.

Dans la plupart des livres classiques, la place importante revient à l'ulcus classique de CRUVEILHER, cet ulcère qui atteint des dimensions assez larges, qui s'étage en gradins et se localise aux faces et aux bords de l'estomac ; mais bien plus fréquente est une autre forme d'ulcère sur laquelle notre maître M. SOUPAULT a eu le grand mérite d'attirer l'attention, et dont il nous a appris à reconnaître la symptomatologie si caractéristique.

Cet ulcère est volontiers de petite dimension et son histoire est dominée par cette notion, qu'il siège au niveau du pylore. Le pylore, par une action réflexe, subit alors une contraction circulaire à l'instar d'un véritable sphincter et l'ulcération pylorique joue, par rapport à l'orifice de

sortie de l'estomac, le même rôle que la fissure vis-à-vis de l'orifice anal. La contraction spasmodique du pylore crée la rétrodilatation gastrique, avec stase et hypersécrétion, indépendamment des troubles du chimisme stomacal de l'ulcère, aujourd'hui bien connus.

Tels sont les caractères anatomiques de l'ulcération pylorique, l'histoire clinique n'en est pas moins spéciale : c'est le syndrome pylorique de M. SOUPAULT.

Le malade est pris de douleurs gastriques qui se montrent trois heures après les repas et au milieu de la nuit (1). Ces douleurs sont tenaces et peuvent acquérir une intensité extraordinaire. En même temps, le malade a des contractions, des vomissements, les parois stomacales se distendent et s'hypertrophient comme celles du cœur gauche dans l'insuffisance aortique. La dilatation peut atteindre un volume considérable, s'accompagnant de gastro-succhorrée et d'hyperchlorhydrie.

Tous ces symptômes forment, par leur ensemble, un tout auquel on ne se trompe guère lorsqu'il revêt sa caractéristique habituelle et que tous les signes sont au complet.

Mais, en outre, il existe des formes dans lesquelles les phénomènes physiques ou fonctionnels sont fort peu marqués, et un seul d'entre eux attire l'attention du malade ; c'est en général alors l'élément douleur qui entre en jeu, gardant toujours son caractère de douleur tardive. Le diagnostic est alors évidemment difficile et il faut une analyse minutieuse des symptômes aidée de la connaissance de l'état du suc gastrique pour affirmer qu'on est bien en présence du syndrome pylorique atténué et non d'une dyspepsie d'ordre nerveux.

Anatomiquement, alors, il s'agit plutôt de petites ulcères

(1) SOUPAULT. — Dilatations d'estomac, Paris 1902.

rations quelquefois difficilement visibles, même à l'autopsie. C'est la maladie à son début.

Le syndrome pylorique s'accompagne souvent d'entérite muco-membraneuse. Cette notion est indiquée dans la thèse de FOUCAUD, et M. SOUPAULT y insiste dans son enseignement quotidien. Nous même avons eu l'occasion de l'observer à maintes reprises dans son service, et nous pourrions relater de nombreux cas qu'il nous a été donné d'observer et de suivre, où l'entérite muco-membraneuse était manifestement liée au syndrome pylorique. Aussi, ne relatons-nous ici que les faits qui nous ont paru se présenter avec le plus de netteté et on pourra voir, en parcourant la liste de nos observations, que la coïncidence d'ulcère et de muco-membranes n'est pas un simple effet du hasard.

Nous nous appuyons, pour formuler cette opinion, sur trois ordres de faits.

α) La fréquence de la coexistence des deux affections. C'est là un argument clinique relevant uniquement de l'observation et qui par là n'en acquiert que plus de valeur. N'est-ce pas par un argument de cet ordre, argument de chiffre, que BOVILLAUD a établi les relations de cause à effet entre le rhumatisme aigu et les lésions cardiaques, et que DUTROULEAU, d'une part, KELSCHET-KIENER de l'autre, ont établi l'origine dysentérique des grands abcès du foie ? De même, nous avons trouvé l'entérite muco-membraneuse dans un grand nombre de cas où le syndrome pylorique se présentait dans toute sa netteté ou dans sa forme frustre.

β) M. SOUPAULT améliore les malades atteints de syndrome pylorique en les mettant au régime lacté absolu et en leur administrant des alcalins à haute dose. Or, nous avons constaté que pareille amélioration s'observait concommittamment au niveau de l'intestin et que, moins le malade présentait de phénomènes d'ordre ulcéreux et spasmodique, moins aussi il avait de glaires et de muco-

membranes dans ses selles. Bien plus, le syndrome pylorique est fort sujet à récidives et si le malade ne continue pas aussi longtemps que nécessaire un régime strict, l'amélioration première ne tarde pas à faire place à une aggravation. De même, alors, l'entérite subit aussi une nouvelle poussée ; les glaires réapparaissent quelquefois à l'insu du malade. Il y a donc une véritable marche parallèle entre les deux affections, assez évidente pour ne pas pouvoir s'empêcher de subordonner l'une à l'autre.

γ) Un dernier argument se tire du résultat de l'intervention opératoire. Lorsque l'ulcère ne cède pas à un traitement médical prolongé, M. SOUPAULT recourt à la chirurgie, et de préférence à la gastro-entérostomie. Cette opération est radicale et procure aux malades une guérison définitive puisqu'elle met la région malade hors du canal alimentaire. L'intestin n'en reste pas moins placé dans des conditions identiques vis-à-vis des aliments : absorption, rôle du chyle, etc. Si donc l'entérite muco-membraneuse relevait de toute autre cause que de l'ulcus, il n'y aurait aucune raison de la voir disparaître radicalement. Précisément, cette constatation est courante après la gastro-entérostomie, et nous avons des observations annexées à cette thèse, qui en constituent la preuve formelle, il y a là un argument de valeur indéniable, expérimentale pourrait-on dire, qui montre bien l'étroite dépendance où l'ulcère tient l'entérite muco-membraneuse, et il n'y a pas moyen d'expliquer la production des muco-membranes tout d'abord, leur guérison ensuite, autrement que par un acte réflexe dont l'ulcus est le point de départ.

2° Cancer de l'estomac. — Nous serons bref, à dessein, sur les relations du carcinus avec l'entérite muco-membraneuse, nous ne méconnaissons pas l'importance que présente ce point, par suite de la gravité du carcinus de l'estomac. En outre, nous avons constaté nous-même la

coexistence de la tumeur stomacale avec l'entérite muco-membraneuse ; toutefois, nous ne croyons pas pouvoir en tirer un argument pour établir la notion de l'origine réflexe des muco-membranes.

Le carcinus, en effet, non seulement est incurable, mais encore suit une marche constamment progressive ; dans ces conditions, les membranes ne cessent de persister et il est impossible de voir la marche de leur production suivre l'évolution du cancer. Aussi, tout en restant persuadés de la subordination de l'entérite muco-membraneuse au cancer stomacal, nous n'insisterons pas davantage sur ce point.

3° *Dyspepsies nerveuses.* — Le nombre des névropathes qui se plaignent de leur estomac est considérable ; rien d'étonnant par suite à ce que l'entéro-colite s'y rencontre très fréquemment.

Il est, du reste, de notion classique que cette entérite se rencontre souvent chez les neurasthéniques, déprimés la plupart du temps.

En tout cas, certains auteurs prétendent que les troubles gastriques sont constants dans l'entéro-colite. Cette opinion ainsi formulée est trop absolue et nous avons observé des cas d'entéro-colite par néphroptose, par appendicite, par lithiase, sans troubles gastriques. L'interprétation de cette idée généralement répandue (les troubles gastriques sont la règle dans l'entéro-colite dit *Lyon*), doit être toute différente à notre avis.

Les troubles gastriques sont primitifs et créent l'entéro-colite ou bien tous les deux, sont concomitants et dépendent d'une même cause générale neurasthénie neuro-arthritisme.

De toutes manières, la dyspepsie nerveuse se présente avec des caractères variables : dans les formes légères, il faut un examen minutieux pour en affirmer l'existence sans restrictions, examen qui portera sur le fonctionne-

ment de la digestion stomacale comme sur le passé du malade. Mais en général, les troubles fonctionnels gastriques sont assez marqués pour attirer l'attention du sujet et c'est même pour eux que la plupart du temps il vient consulter le médecin.

Ces troubles peuvent être variables. C'est ainsi qu'on les voit parfois consister en douleurs aussitôt après les repas, en fatigue le matin, en régurgitations, en éructations acides, en douleurs vagues et diffuses, aussi bien stomacales qu'abdominales, et pouvant aller jusque dans les régions de l'hypochondre.

Dans d'autres cas, ce sont au contraire les symptômes généraux qui tourmentent le plus le malade et ce dernier accuse des bouffées de chaleur, des insomnies, de la céphalée, etc.

En présence de semblables sujets, l'examen serait incomplet s'il se bornait à l'étude de l'estomac, il ne faut pas oublier le retentissement des troubles stomacaux sur l'état de l'intestin de ces malades, le plus souvent des constipés, surtout si, comme la chose est très fréquente, de l'entéropotose se joint encore au tableau clinique.

Outre la constipation, un interrogatoire minutieux apprend l'existence de glaires dans les selles, de muco-membranes avec phénomènes douloureux, d'origine intestinale, en un mot tout l'habitus symptomatique de l'entérite muco-membraneuse.

Déjà, autrefois on attribuait à la constipation la production des muco-membranes et c'est même sur cette idée qu'était échafaudée la pathogénie de l'entérite muco-membraneuse pour certains auteurs.

Cette notion contient, croyons-nous, une grande part de vérité et pour nous ce sont les troubles stomacaux qui retentissant sur l'intestin, provoquent la constipation, irritant les plexus abdominaux par voie réflexe et finalement aboutissent à l'hypersécrétion et aux muco-membranes.

Bien que le traitement de la dyspepsie nerveuse soit d'autant plus délicat qu'il doit viser à la fois l'état local et l'état général, il n'en est pas moins vrai que dans les formes où on obtient des résultats appréciables, l'entérocolite est aussi influencée heureusement et subit les mêmes variations pathologiques, en cas de rechutes ou de crises passagères, que l'estomac lui-même.

Et notamment le traitement électrique rendant des services signalés chez ces malades, c'est chez eux aussi que l'entéro-colite s'améliorera le mieux (DELHERM).

CHAPITRE V.

Expérimentation.

L'entérite muco-membraneuse n'est pas une de ces affections sur lesquelles abondent les recherches expérimentales ; en effet, malgré nos recherches dans la littérature médicale, nous n'avons réussi à trouver que les expériences de BEAUSSENAT (1), et encore ne s'agit-il que secondairement d'entéro-colite et plutôt même d'entérite infectieuse que muco-membraneuse. Cet auteur provoqua chez des lapins une entérite artificielle par ingestion de viande putréfiée, puis il injecta dans l'appendice, dans le jéjunum, dans la veine marginale de l'oreille des cultures de *bactérium-coli* et de streptocoques.

Il réussit ainsi à provoquer, au point de vue symptomatique, une diarrhée fétide, glaireuse ; au point de vue clinique, des lésions cœcales et appendiculaires avec ulcération multiple de la muqueuse.

Comme on le voit, cette expérience a surtout pour mérite de montrer l'origine infectieuse de l'appendicite et sa coexistence avec une diarrhée glaireuse, fétide, qui suffit à prouver que l'appendicite n'est pas sans rapport avec l'entéro-colite. De même, dans les expériences de BERNARD, c'est l'infection qui joua un grand rôle dans la production de l'entérite.

(1) BEAUSSENAT. Appendicite expérimentale. *Bulletin de la Société anatomique*, 5 février 1897.

Th., Paris, 1897.

Avec notre maître, M. SOUPAULT, nous nous sommes au contraire efforcés de provoquer des phénomènes d'entérocélite réflexe. Partant de cette idée que cette affection représente une réaction nerveuse et réflexe provoquée et entretenue par l'état pathologique d'un viscère abdominal ou de la compression d'un plexus nerveux, nous avons pensé qu'il était possible d'obtenir une hypersecretion du mucus intestinal en agissant sur l'intestin par voie réflexe ; les faits ont pleinement justifié nos espérances.

Nous avons lésé les organes abdominaux de plusieurs lapins en usant de procédés variables, mais en prenant bien garde d'observer la plus stricte asepsie, afin de ne pas être exposés au reproche de créer des entérites infectieuses. Successivement nous avons pratiqué des injections de lait de bismuth dans la vésicule biliaire, dans le rein, dans la trompe et dans l'appendice.

Dans une autre série d'expériences, nous avons mobilisé le rein. Dans tous ces cas, nous avons pu voir les lapins au bout de un ou deux jours, le plus souvent le lendemain même, rendre des peaux blanchâtres, brillantes, quelquefois longues de plusieurs centimètres. De plus, le mucus intestinal était sécrété en plus grande quantité et rendait les crottes brillantes et vernies sans que pour cela leur forme ou leur consistance fut modifiée.

Voici, du reste, le compte-rendu détaillé de nos premières expériences, telles que nous les avons publiées avec notre maître M. SOUPAULT, à la Société de Biologie (1).

Lapin n° 1. Femelle ; poids, 3 kilogrammes. Température : 38°7.

Opération le 4 avril ; laparotomie sus-ombilicale ; le

(1) Hypersécrétion glaireuse intestinale provoquée expérimentalement chez 3 lapins. M. SOUPAULT et JOUAUST. Société de Biologie, avril 1903.

Notre regretté ami MENET, et nos amis VIVER et MOREL ont bien voulu se charger de la partie opératoire de ces expériences, nous sommes heureux de leur en exprimer toute notre reconnaissance.

foie est soulevé et l'on recherche la vésicule biliaire qu'on trouve assez difficilement. On y injecte un lait de bismuth aseptique (environ 3 centimètres cubes). A noter qu'on trouve dans le péritoine de petits kystes blanchâtres de la grosseur d'un petit pois et dont la nature n'a pas été déterminée.

Le lendemain de l'opération, 5 avril, les crottes sont plus abondantes, plus molles, humectées de mucus sous forme de vernis brillant. Le 6 avril, on voit de petites taches muqueuses, blanchâtres, apparaissant sur certains points des crottes et s'accusant par un séjour dans l'eau alcoolisée. Le 7, grande quantité de mucus et de membranes glaireuses d'une longueur de 3 centimètres. De plus, beaucoup de crottes assez consistantes présentent une enveloppe brillante et blanche de mucus analogue à du blanc d'œuf ; les autres crottes sont vernissées ; les selles sont aussi plus abondantes et plus liées. Les jours suivants ces phénomènes persistent, mais moins accentués. Le 17, les selles sont redevenues normales. Le 20, la lapine a évacué trois petits lapins morts et on remarque que les crottes sont de nouveau recouvertes de mucus blanchâtre.

Lapin n° 2. Femelle ; poids, 2 kilogrammes. Température : 38°2.

Le 19 avril, laparotomie sous-ombilicale et injection de 2 centimètres cubes environ de lait de bismuth aseptique dans la trompe. Au cours de l'opération, on a constaté de l'ascite ; il n'y avait pas de granulations sur le péritoine. Dès le lendemain matin, 20, on trouve les crottes plus molles, et beaucoup sont reliées entre elles par des filaments muqueux très nets. Les 21, 22, 23, cette sécrétion de mucus continue, mais moins intense. Il n'y a pas de grands filaments de mucus, mais le même aspect vernissé des crottes, et sur quelques-unes des mucosités plus épaisses analogues à du blanc d'œuf cuit.

Lapin n° 3. Mâle ; poids, 2 kilogrammes. Température : 38° 3.

Selles normales. Opéré le 24 avril : laparotomie sous-ombilicale ; ascite légère. On a déroulé tout l'intestin : on l'a malaxé et on a injecté dans l'appendice du lait de bismuth très épais. Le traumatisme abdominal a été à dessein plus prononcé. Dès le lendemain matin, 25 avril, apparition de glaires extrêmement nombreuses, plus marquées et plus consistantes que chez les autres lapins, réunissant les crottes entre elles et les enrobant.

Nous avons continué ces expériences en obtenant toujours des résultats plus ou moins nets, mais sans cesse concordant.

Toutefois l'injection de vieux pus salpingien dans le testicule d'un lapin n'a pas provoqué d'entérite réflexe (l'absence d'orchite est probablement due de son côté à la stérilité du pus qui était déjà ancien).

Mais, d'autre part, nous avons provoqué l'apparition d'une entéro-colite par simple traumatisme opératoire.

Nous avons ouvert l'abdomen du lapin, nous nous sommes bornés à malaxer fortement les intestins et nous avons refermé la plaie. Cet acte opératoire a fait apparaître une grande quantité de muco-membranes qui n'ont duré que trois jours ; le lapin, ensuite, s'est complètement rétabli.

Cette expérience est à coup sûr fort curieuse et nous paraît bien faite pour démontrer l'origine réflexe de l'entéro-colite. Si, en effet, on était disposé à admettre un instant qu'il s'agit là d'une entérite infectieuse par faute d'aseptie opératoire, on devrait fatalement abandonner cette idée en présence du prompt rétablissement de l'animal ; de plus, l'infection ferait plutôt de la péritonite que de l'entérite.

Nous nous permettrons de rapprocher cette expérience de ce que nous avons vu quelquefois en clinique : chez des malades atteints d'une affection abdominale quelconque,

l'intervention chirurgicale donnait naissance à la production de glaires dans les selles des premiers jours. Au bout de quelques jours, les selles redeviennent normales ; ne pourrait-on pas voir là également une action réflexe d'origine opératoire ?

CHAPITRE VI.

Traitement.

Le traitement efficace de toute maladie doit de toute nécessité s'appuyer sur la pathogénie.

Un traitement basé sur les symptômes ne saurait intervenir qu'en seconde ligne ou en l'absence d'une thérapeutique pathogénique.

C'est cette dernière conduite qui a dicté jusqu'ici la plupart des modes d'intervention dirigés contre l'entérite muco-membraneuse. Nous nous gardons d'ailleurs de généraliser et nous ajoutons qu'en traitant, comme le fait GLÉNARD, l'entéroptose primitive par une hygiène appropriée on fait un traitement pathogénique, donc effectif. De même, certaines interventions chirurgicales remplissent un but identique.

Notre thérapeutique, nous le disons dès maintenant, ne visera donc pas l'entéro-colite muco-membraneuse dans tel ou tel de ses symptômes ni dans son ensemble; elle visera la cause de l'affection et lorsque le clinicien, après avoir reconnu l'entéro-colite, en aura dépisté l'origine par un examen quelquefois laborieux, le traitement s'imposera pour ainsi dire de lui-même. Il tendra à supprimer la cause de l'entéro-colite et, ainsi, les muco-membranes et les autres signes de l'affection disparaîtront sans aucun doute.

Est-ce à dire qu'il ne faille jamais traiter *localement* l'entéro-colite? Une semblable exagération est loin de notre

pensée, ce traitement s'impose au contraire dans trois conditions :

1^o) Quand la cause de l'entéro-colite échappe ;

2^o) Quand, cette cause étant connue, sa disparition ne peut se faire qu'en un temps plus ou moins prolongé ;

3^o) Quand les symptômes de l'entéro-colite ont acquis une intensité suffisante pour occasionner une gêne sérieuse au malade.

Ce traitement sera purement symptomatique, c'est-à-dire qu'il améliorera sans guérir ; aussi, pour être rationnel, sera-t-il dirigé suivant les cas contre l'un des trois gros symptômes fonctionnels que nous avons étudiés au début de cette thèse : la douleur, troubles dans le fonctionnement intestinal, émission de muco-membranes.

1^o Pour combattre la douleur, les narcotiques nous paraissent, en général, peu indiqués ; nous sommes d'accord en cela avec MATHIEU (1).

Ils ont, en effet, l'inconvénient d'augmenter la constipation ; aussi ne recourra-t-on à la morphine qu'en cas de crises très violentes et d'une manière toute momentanée.

Le bromure est trop irritant pour les voies digestives supérieures.

Le menthol, le cannabis indica peuvent avoir leurs indications, mais de beaucoup préférable est l'usage de la belladone en teinture ou en pilules. C'est l'antispasmodique par excellence.

On n'oubliera pas non plus les cataplasmes, les applications de compresses chaudes ou froides sur l'abdomen, les grands bains chauds, les petits lavements chauds.

2^o En ce qui concerne les troubles du fonctionnement intestinal, l'intervention varie naturellement avec la nature même de ces troubles. Le plus souvent on se

(1) Traitement de l'entérite muco-membraneuse, 27 octobre 1894, *Gazette des Hôpitaux*.

trouve en présence d'une constipation opiniâtre, et c'est cette constipation qui constitue l'élément dominant.

Comme cette dernière relève en grande partie du spasme intestinal, c'est encore à la belladonne qu'il y aura souvent lieu de donner la préférence.

L'expérience a montré à MAZERAN (1) que l'effet de cette substance se produit à faible dose de un à trois centigrammes en général. Comme succédanés de la belladonne, on a recommandé l'assa foetida, le valérianate de zinc, etc.

Dans d'autres circonstances, les laxatifs auront leurs indications : crème de tartre, magnésie, soufre précipité, cascara, séné (Germain SÉE, mercure POTAIN, hydrastis canadensis (Germain SÉE) ; notre maître M. SOUPAULT recommande spécialement le sulfate de soude à petites doses répétées et nous l'avons vu, par ce moyen, obtenir d'excellents résultats. Nous renvoyons d'ailleurs, pour de plus amples renseignements, au travail qu'il a consacré à cette question (2).

Les moyens physiques, dont l'importance en thérapeutique s'accroît de jour en jour, sont également de mise dans certaines circonstances.

Le massage, notamment, a une action qu'on ne saurait plus nier ; mais, pour être efficace, ce massage doit être pratiqué suivant des règles précises et indispensables à connaître. On en trouvera l'exposé dans une brochure assez récente due à SALIGNAT (3).

De même, les pratiques de mécanothérapie bien appliquées pourraient avoir un effet bienfaisant surtout chez les atoniques.

L'électricité enfin trouve ici une utile indication. Nous

(1) Constipation spasmodique. *Revue médicale*, 22 juin 1902.

(2) SOUPAULT. — Traitement de la constipation. *Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1899.

(3) SALIGNAT. — Le massage thérapeutique de l'abdomen, 1901.

ne saurons mieux faire que de nous en rapporter, sur ce point, à la thèse très étudiée de DELHERM (1).

Ce dernier proscrit l'emploi des courants électriques dans la constipation spasmodique, la réservant dans les seuls cas de constipation atonique. Toutefois, dans la constipation spasmodique, on peut employer des procédés de douceur, et par suite, il a recours dans l'entéro-colite à la galvano-faradisation ou la galvanisation sans secousse à 60-80-150 milliampères. Nous-même avons eu l'occasion de faire traiter des malades par DELHERM et nous avons constaté que l'emploi de cette méthode amène d'heureux résultats.

Dans d'autres circonstances, les matières sont expulsées facilement, mais très fétides, et donnent lieu à des symptômes d'intoxication, c'est dans ces cas que l'entéro-clyse du gros intestin — si utile aussi dans la constipation — trouve une indication péremptoire. Cette entéro-clyse devra être faite avec de l'eau bouillie additionnée d'antiseptiques faibles ; le bock peu élevé au-dessus du plan du lit, de façon à n'agir qu'à basse pression ; le malade sera couché, des oreillers sous les reins soulèveront le siège de manière à faciliter la pénétration du liquide qui devra être à 38° ou 40°.

3° Lorsque les sécrétions muco-membraneuse sont trop abondantes, il est nécessaire de modifier directement la muqueuse par un traitement analogue à celui de la dysenterie. Ici plus que jamais sont indiqués les grands lavages, mais il y aura lieu de substituer aux antiseptiques faibles des substances plus actives, et notamment le nitrate d'argent de 50 centig. à 1 g. pour mille.

REVILLION a obtenu d'excellents résultats par un lavement au bismuth, renouvelé plusieurs fois à plusieurs jours d'intervalle.

(1) DELHERM. — Le traitement, par l'électricité, de la constipation habituelle, et de la colite muco-membraneuse. *Th.*, Paris, 1903.

On a fait aux lavages d'intestins l'objection que les malades en contracteraient trop facilement l'habitude. BOURGET, de Lausanne (1), s'élève avec insistance contre cette manière de voir : après des semaines et des mois de lavages, les fonctions de l'intestin reprennent, dit-il, leur cours régulier, et pour lui, le bénéfice de cette méthode est immense, à condition de ne pas introduire en une fois, dans l'intestin, plusieurs litres d'eau sous pression, mais bien d'y faire pénétrer avec précaution, un litre de liquide.

Nous avons relaté, dans le traitement médicamenteux et physique, les points qui nous paraissent devoir être retenus; il faut y ajouter la question du régime, primordiale et à laquelle le malade doit apporter toute son attention. On trouvera, dans la monographie de Gaston LYON, l'énumération complète des aliments permis, nous ne nous y arrêterons pas davantage, mais nous rappellerons qu'aucun régime exclusif ne convient en l'espèce : les aliments azotés laissent, il est vrai, peu de résidus et entretiennent la constipation; le régime végétarien est irritant en raison ses résidus abondants; quant au régime lacté, il est souvent mal supporté. Il faudra donc recourir à un régime mixte dont on basera les éléments sur la tolérance intestinale de chaque individu.

Reste à dire un mot du traitement hydro-minéral, c'est un complément indispensable aux autres modes d'action.

Tout chacun sait, que Plombières calme les douleurs abdominales, l'état spasmodique de l'intestin, que Neris et Royat agissent dans le même sens, mais surtout il faut mentionner Chatel-Guyon dont l'effet est si efficace chez les constipés et exerce une action souvent heureuse sur la présence de muco-membranes.

(1) BOURGET. — Le traitement médical des inflammations du cœcum.

Abordons maintenant le véritable traitement curatif de l'entérite muco-membraneuse. Déjà nous nous sommes expliqués sur ce mot : ce traitement est un traitement pathogénique.

Puisque l'entéro-colite constitue un réflexe intestinal lié à des causes multiples, il s'en suit que ce traitement lui-même devra varier avec ses causes.

Pour plus de clarté, nous suivrons le même ordre que dans les chapitres précédents.

Appendicite. — La question est celle-ci : faut-il oui ou non enlever l'appendice. En ce qui concerne l'appendicite fruste, la plupart des médecins sont d'avis de procéder à l'ablation de l'organe malade, d'autant plus que l'opération faite à froid, n'offre pas de danger. Au pis aller, il faudra se tenir dans l'expectative armée.

En cas d'appendicite aiguë, l'intervention est évidemment nécessaire pour guérir l'entéro-colite, mais c'est au chirurgien seul qu'il appartient d'en décider le moment.

Appareil génital de la femme. — S'il s'agit de métrite, de salpingite, de fibrome, etc., un traitement médical ou chirurgical sera de mise. Se trouve-t-on en face de phénomènes dysménorrhéiques douloureux, on recherchera l'origine et on n'oubliera pas que l'appendicite coïncide souvent avec eux et s'observe à l'état latent.

Affections du foie et du rein. — En cas de lithiasie rénale ou hépatique, il y a un traitement général que personne n'ignore, de même que pour les crises de coliques hépatiques et néphrétiques. Les calculs sont-ils au contraire enclavés dans le parenchyme viscéral, c'est leur ablation seule, comme nous l'avons vu, qui guérira l'entérite.

Ptoses. — Le traitement des ptoses viscérales guérit merveilleusement l'entéro-colite concomitante, qu'on

ait recours aux moyens médicaux (ceintures, pessaires, etc.), ou aux moyens chirurgicaux (nephropexie, etc.).

Lésions gastriques, 1° ulcus et sténose. — Notre maître M. SOUPAULT insiste beaucoup, dans son enseignement, sur le syndrome pylorique que provoque l'ulcère, et qu'on rencontre si souvent. On mettra le malade au régime lacté absolu, et on lui fera ingérer, toutes les deux heures, des cachets alcalins à haute dose. Ce traitement, en calmant les douleurs tardives, caractéristiques des ulcus nets aussi bien que des petites ulcérations, a un effet des plus nets sur l'entérite muco-membraneuse qui s'amende toujours et disparaît parfois en même temps que la lésion stomacale. Dans certaines formes, l'ulcus ne cède qu'à un traitement chirurgical (gastro-entérostomie, pylorectomie). Il est très intéressant de voir, après ces opérations (et ceci vient encore à l'appui de notre thèse, les fonctions intestinales recouvrer leur cours normal, les douleurs s'évanouir et les muco-membranes cesser de se manifester.

On ne peut pas invoquer une modification dans le chimisme gastrique, car notre maître, M. SOUPAULT, a constaté qu'il n'était pas toujours modifié par l'acte opératoire.

2° Carcinus. — Nous n'insisterons pas sur le traitement de l'entéro-colite coexistant avec le carcinus, car la lésion primitive étant incurable, c'est surtout ici que le traitement symptomatique sera utile pour l'entéro-colite.

3° Dyspepsie nerveuse. — On sait combien est rebelle cette affection, on aura néanmoins recours à un traitement local (compresses froides sur l'estomac, belladonne, etc.), et à un traitement général de toutes les nervopathies (douches, hydrothérapie chaude).

Mais l'entéro-colite cédera difficilement comme la dys-

pepsie nerveuse elle même, suivant pas à pas ses crises d'exarcebation et ses périodes de rémissions. Un seul traitement, croyons-nous, est alors susceptible de rendre des services véritables et durables, c'est l'électricité ; nous avons ainsi eu l'occasion d'avoir à traiter des sujets nerveux avec troubles gastriques prédominants et phénomènes intestinaux secondaires : constipation, muco-membranes. Un traitement électro-thérapique approprié, c'est-à-dire emploi du courant galvano-faradique, un courant de hautes intensités galvaniques (50 à 100 milliampères) ont procuré un arrêt de la constipation, une cédation du spasme et par suite la disparition des muco-membranes.

CHAPITRE VII.

Pathogénie et Conclusions.

Arrivés au bout de cette étude, nous croyons avoir démontré la proposition que nous avons formulée au début : dans la majorité des cas, l'entéro-colite muco-membraneuse ne représente pas une maladie primitive et autonome, mais bien une affection réflexe, secondaire à une autre lésion.

Pour affirmer cette opinion, nous nous sommes basés, au cours de notre thèse sur toute une série d'arguments que nous avons retrouvés à propos de maladies différentes et que nous pouvons résumer en quelques mots :

1° L'entéro-colite muco-membraneuse coexiste très fréquemment avec l'appendicite, les affections utéro-ovariennes, la dysménorrhée, la lithiase biliaire, la lithiase rénale, les ptoses viscérales (entéroptose, néphroptose, hépatoptose, prolapsus génital), l'ulcus stomacal et le syndrome pylorique, le cancer de l'estomac, la dyspepsie nerveuse.

2° L'entéro-colite suit pas à pas l'évolution des affections précédentes, elle augmente avec leur recrudescence, diminue avec leur rémission.

3° L'entéro-colite guérit et disparaît en même temps que guérissent et disparaissent ces mêmes affections.

4° L'entéro-colite a pu être produite expérimentalement chez des lapins sans qu'on crée de lésions intestinales et

par simple manœuvre pratiquée sur des organes voisins.

Comment expliquer la production de ces muco-membranes ? Il s'agit de phénomènes nerveux d'origine réflexe. Le point de départ du réflexe réside dans l'organe malade, le résultat est représenté par les mucosités intestinales ; quant au centre, il a bien probablement son siège dans les plexus solaires abdominaux.

Quoi qu'il en soit, il se produit sous cette influence réflexe dans l'intestin une hypersécrétion de mucus qui se concrète et forme des membranes ; cette hypersécrétion rappelle l'hypersécrétion gastrique qu'on constate dans des conditions cliniques variées et pourrait, par analogie, être désignée sous le nom d'entérosucchorée. Quand le réflexe cesse d'agir, l'hypersécrétion intestinale se tarit et les muco-membranes cessent de se produire.

Vu :
le Doyen,
M. DEBOVE.

Le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

OBSERVATIONS.

Il nous eut été facile de multiplier les observations à l'appui de notre thèse. Nous nous sommes bornés à conserver ici les plus typiques d'entre elles, les plus propres, à notre avis, à entraîner les convictions. A côté des observations qui nous sont personnelles et qui proviennent toutes du service de notre maître, M. SOUPAULT, nous avons tenu à rapporter aussi certaines observations prises dans des travaux antérieurs et qui cadrent pleinement avec la conception réflexe de l'entéro-colite. Elles constituent, par leur ensemble, un faisceau de preuves d'autant plus important qu'elles n'ont pas été recueillies dans le but de prouver cette origine.

Observation I.

Appendicite, entéro-colite, opération.

Auto-observation due à l'obligeance de M. L., interne des hôpitaux.

A. H. — Père arthritique. Mère bien portante.

A. P. — A 4 ans a eu la rougeole et la coqueluche, une année plus tard la scarlatine et la diphtérie.

Depuis s'est très bien porté jusqu'à l'âge de 15 ans, époque à laquelle il commence à avoir des crises de diarrhée s'accompagnant de violentes coliques dont les douleurs se propageaient surtout au long du colon descendant. Ces crises survenaient

d'abord à des périodes assez éloignées les unes des autres et dans les premiers temps, c'est à peine si le malade s'en plaignait deux fois par an; dans tous les cas, elles cédaient facilement à un traitement simple (opium et bismuth).

Déjà à cette époque constatation dans les selles de glaires et de membranes, mais exceptionnellement; ce qui l'emportait, c'était le caractère pressant d'aller à la selle et la coloration jaune ocre et la fétidité des selles.

Pendant les crises, le malade allait jusqu'à 7 ou 8 fois à la selle par jour et remarquait que c'était de grand matin et la nuit surtout qu'il souffrait de ses coliques.

Les années suivantes, les troubles intestinaux augmentent.

Accentuation des douleurs dans les crises diarrhéiques plus fréquentes, tous les mois ou même plus.

Les douleurs siégeaient presque toujours à gauche, rarement du côté droit, de sorte que l'hypothèse d'appendicite fut toujours repoussée.

Les selles présentaient toujours les mêmes caractères: peaux-fétidité, fréquence, et les coliques douloureuses qui apparaissaient autrefois, le matin de préférence, se manifestaient alors à n'importe quelle heure.

De plus, aussitôt après le repas, le malade ressentait de violentes douleurs dans tout l'abdomen sans localisation précise, en même temps qu'une sensation de plénitude, une gêne croissante de la respiration qui l'obligeait à s'immobiliser quelques instants. Souvent même, vertiges, étourdissements, tendance invincible au sommeil.

Dans les selles liquides et glaireuses, on rencontrait des fausses membranes et quelques filets de sang, et par intervalle, on pouvait retrouver quelques concrétions calcaires. Le traitement médical amenait une grande amélioration, mais très passagère.

Après un traitement hydrominéral Chatel-Guyon, le malade se sentit très amélioré pendant 3 mois environ, puis reprise des crises.

En février 1903, le malade est opéré d'une appendicite gangreneuse avec péritonite généralisée.

À la suite de cette opération, tous les phénomènes gastro-

intestinaux ont *totale*ment disparu, les selles ont repris leurs caractères normaux, plus jamais de membranes.

Depuis un an, l'état général du malade est très satisfaisant, et tous les malaises qui accompagnaient les troubles intestinaux ont disparu, bouffées de chaleur, céphalée, dyspnée, crises de palpitation.

Observation II.

Appendicite et Entéro-colite.

Opération in thèse RASTOUIL, due à l'obligeance de M. le Dr WALTHER.

Le nommé Sch. . . , opéré le 18 avril 1899.

Le malade a eu de la colite muco-membraneuse très nette. Le Dr DELPEUCH l'a soigné pendant six mois. Le malade souffrait toujours, il accusait des douleurs dans la fosse iliaque droite que la palpation réveillait. Le teint était terreux, les yeux étaient cernés, le malade ne pouvant subir aucune fatigue.

Opération. — Appendice rétro-cœcal très long, très vascularisé. Les lésions de folliculite sont des plus nettes.

Suites opératoires. — Le malade a senti ses forces revenir, les douleurs à droite ont disparu et le malade, qui a continué à rendre des muco-membranes pendant une dizaine de jours, les a vu disparaître.

En 1900, le malade a eu la grippe, et à cette occasion il a encore rendu dans les selles quelques membranes, puis tout est rentré dans l'ordre.

III. — Observation résumée.

Appendicite chronique, entéro-colite, opération.

In Thèse RASTOUIL.

Mme D. . .

Deux frères ont eu l'appendicite. Une fille en est atteinte aussi.

Début remonte à 10 ans. Les premières années les phénomènes douloureux duraient deux ou trois jours et disparaissaient pour revenir tous les trois ou quatre mois.

Ces douleurs peu localisées, haut situées, ressemblaient à des tortillements qui faisaient pâlir et vomir la malade. Certains aliments provoquaient de vives douleurs. Vomissements de bile fréquents.

De plus la malade présentait tous les signes cliniques de la colite muco-membraneuse ; les périodes de constipation n'étaient séparées que par des coliques violentes s'accompagnant de l'expulsion dans les selles de glaires, de mucus, de produits analogues à du blanc d'œuf, de membranes, de peaux.

Jamais de fièvre. BUCQUOY et BESNIER font le diagnostic de colique hépatique. WALTHER, JALAGUIER, BRUN, portent celui d'appendicite chronique.

Opération. — Appendice long, bosselé, rétro-cœcal, très ascendant.

Les résultats ont dépassé les espérances, non seulement les phénomènes douloureux appendiculaires et les troubles gastriques ont disparu, mais, aussitôt après l'opération, la malade ne présentait plus aucun signe de colite muco-membraneuse. La malade a confirmé plus tard ces résultats heureux.

Observation IV.

Ulcus probable, appendicite opérée, entéro-colite.

Due à l'obligeance de M. GRÉGOIRE.

Mme M. . . , 28 ans, femme de chambre.

Rentre à l'hôpital pour douleur du ventre, en particulier dans la fosse iliaque droite. Jamais de maladies antérieures, sauf la rougeole à 4 ans. A 22 ans, commence à avoir des douleurs d'estomac. A ce moment, changement de vie : irrégularité dans les repas, sensation vive de faim et anorexie, aigreurs. Quelques mois après, les douleurs d'estomac sont intolérables, surtout après les repas. Les vomissements calment les douleurs. Deux ou trois fois, elle vomit du sang en abondance.

Aucun traitement. Cet état dura 3 ans, elle fut alors obligée de quitter son métier tant elle était malade. Pendant 3 mois, garde le lit dans un état très anémié. On la met au lait et à l'eau de Vichy. Durant cette période, elle fut prise d'une crise de douleurs violentes dans tout le bas-ventre qui dura huit jours.

1901. — Après 3 mois de traitement, se place comme femme de chambre, travaille pendant huit mois ; cependant, continue à souffrir de l'intestin. Elle est très constipée depuis sa crise. Ses matières sont engluées de glaires et de fausses membranes. Elle n'a de selles que tous les 4 ou 5 jours.

1902. — Grippe violente, vomissement, fièvre ; elle reste un mois malade.

En novembre, nouvelle crise, à droite, point précis avec vomissements, constipation, fièvre, glace sur le ventre. Dure 15 jours, puis reprend son travail.

1903, en février. — Nouvelle crise au cours d'une nouvelle grippe, coliques, douleurs à droite, vomissements, éruption d'urticaire ; reste dix jours couchée. Recommence à travailler, mais conserve une certaine sensibilité dans la fosse iliaque droite.

Pendant trois mois, constamment éruption d'urticaire. Elle a toujours conservé des selles glaireuses et avec fausses membranes, constipation molente.

En août, appendicite nette.

Opération. — Incision de Jalaguier, épiploon adhérent à la paroi. Il est détaché ; l'appendice descend dans le pelvis très long et très gros, adhérent aux anses voisines. Libération des adhérences, ablation de l'appendice.

Octobre. — Depuis l'opération, plus de vomissements, seulement quelques renvois le matin, plus de pesanteur après les repas. La constipation a disparu, plus de coliques. Les matières sont molles, très rares mucosités. La malade est « transformée ».

Observation V.

Dyspepsie nerveuse, appendicite frustrée, entéro-colite.

Mme P..., 39 ans, couturière.

Pas d'antécédents héréditaires.

A. P. — Etant enfant, nombreux épistaxis, réglée à 14 ans, rougeole. Dilatation d'estomac à 9 ans. Métrite à 26 ans, suivie de curetage. A eu quatre enfants, le premier seul vit encore ; les trois autres sont morts de diarrhée infantile dès les premiers mois. La malade tout en étant très nerveuse, ne présente pas d'autres troubles jusqu'à il y a deux ans. Apparition de phénomènes dyspeptiques. Fatiguée dès le matin, pituites. Tiraillement d'estomac plusieurs fois dans la journée. Aussitôt quelques bouchées d'aliments ingérés, dégoût de la nourriture et ballonnement, sensation de chaleur à la tête et envie de dormir. Ne souffre pas la nuit mais a souvent des cauchemars. Depuis très longtemps, la malade qui est plutôt constipée, remarque la présence de glaires, de véritables peaux très nettes qui enrobent les matières. Parfois débâcles de mucosités, suivies d'une période de rémission, mais son attention depuis un an a été portée sur l'apparition, la veille de ses règles, de coliques douloureuses dans la fosse iliaque droite, un peu plus bas que le point de Mac Burney. La malade est obligée de se coucher et constate un peu de fièvre. Cette crise qui coïncide souvent avec ses débâcles muco-membraneuses, disparaît aussitôt la cessation de l'écoulement des règles. La malade ne veut pas entendre parler d'opération.

Observation VI.

Salpingite, entéro-colite, dyspepsie nerveuse, estomac ptosé.

Mme Bu., 27 ans, couturière.

A. H. — Père et mère très nerveux et arthitiques.

A. P. — Toujours très irritable et très nerveuse. Mal et tard réglée; 6 mois après son mariage salpingite et aussitôt apparition de coliques au voisinage de l'ombilic, avec diarrhée noire, très fétide avec des muco-membranes. Cette diarrhée avec muco-membranes dure 3 mois et la constipation lui fait suite, de plus en plus opiniâtre et toujours avec des peaux dans les selles. A ce moment elle a été opérée de son affection annexielle et depuis n'a plus souffert de ses organes génitaux. Aussitôt

après son opération, son état général s'est amélioré, ses fonctions intestinales se sont rétablies, plus de muco-membranes.

Cet état dure un certain temps, puis après des chagrins fréquents et violents apparaissent des douleurs, des lourdeurs d'estomac. L'appétit disparaît, céphalée fréquente. Fatigue extrême le matin, douleurs aussitôt après l'ingestion d'aliments, troubles intestinaux qui réapparaissent, constipation opiniâtre, remarque de nouveaux des peaux dans ses selles, en grande abondance. Après insufflation on constate que l'estomac descend à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La malade que l'on suit longtemps, présente des périodes de mieux et des crises douloureuses, les fonctions intestinales et la présence de mucosités dans les selles, suivant exactement la même marche que l'état général, mais sans jamais s'amender entièrement.

Opération VII.

Appendicite, entéro-colite, opération.

Mlle B. . . , 22 ans, journalière.

A. H. — Nuls.

A. P. — Coqueluche, réglée à 18 ans et toujours assez régulièrement. A toujours eu des alternatives de diarrhée et de constipation et a remarqué depuis quatre ans la présence de glaires parfois striées de sang dans ses selles surtout au moment où la constipation dominait. La malade éprouvait la veille ou l'avant-veille de ses règles des coliques très douloureuses dans tout l'intestin. Fausse couche de cinq mois. Un mois après retour de couches, pertes pendant trois semaines, douloureuses tout le temps et se localisant surtout dans la fosse iliaque. Entre à l'hôpital Bichat après une crise plus violente accompagnée de fièvre, 39°, et de vomissement.

Ablation de l'appendice, volumineux, nombreuses adhérences.

Opérée depuis deux mois, va beaucoup mieux, ne souffre plus, se sent plus forte ; les fonctions intestinales se sont réta-

blies. La malade que nous revoyons deux mois après n'a plus jamais remarqué de glaires dans ses selles et n'a plus de constipation. Ses règles se sont produites deux fois sans amener les coliques douloureuses qu'elle ressentait auparavant.

Observation VIII.

Appendicite larvée, entéro-colite, opération.

Mme H..., 27 ans.

A. H. — Mère morte érisypèle, père bien portant.

A. P. — Bien portante jusqu'à son mariage, fait une fausse couche 6 mois après. Enfant mort, circulaire du cordon. Se rétablit bien, toujours bien réglée. Un an après, vomissement alimentaire et décharge simulant une indigestion. 4 mois après nouveau vomissement.

Depuis le 1^{er} novembre 1902, tous les mois et correspondant à quelques jours près avec les règles, douleur, surtout à droite dans la fosse iliaque. Ces douleurs lancinantes ne se font jamais sentir dans la fosse iliaque gauche.

Vomissements plus fréquents, jamais verts, deux fois syncope, remarque la présence de sable rouge dans ses urines. Toujours constipée.

Selles dures, en boules, souvent enrobées de glaires comme du blanc d'œuf. La malade prenait très souvent des lavements pour aller à la garde-robe.

Traitement : lavements laudanisés.

À la suite d'une crise plus violente entre à Bichat et est opérée dans le service de M. PICQUÉ, ablation de l'appendice que l'on a trouvé petit, vase, clos, avec un peu de pus, légères adhérences.

Depuis cette opération, nous avons revu la malade tous les jours d'abord, puis une fois tous les mois environ depuis six mois.

La malade, qui est restée longtemps faible, n'a plus jamais ressentie de douleurs abdominales, elle a toujours été bien et régulièrement réglée.

La constipation a persisté assez opiniâtre et ne cédant qu'aux grands lavages, mais plus jamais de mucosités et de glaires depuis six mois. Les forces sont peu à peu revenues et la malade se porte bien actuellement.

Observation IX.

Lithiase rénale, entéro-colite, opération.

Due à l'obligeance de M. SOUPAULT.

Docteur B..., 46 ans.

Tempérament arthritique.

Il y a sept ans, le malade a souffert de dyspepsie nerveuse et d'entérite muco-membraneuse très nettement caractérisée, qui se manifestait surtout par des crises, poussées aiguës, mais jamais sans disparaître entièrement. Les matières étaient en boules, ovoïdes entourées de blanc d'œuf et l'on rencontrait souvent des fragments de muco-membranes dans les lavements. Crises entéralgiques douloureuses à un tel point que le malade doit recourir à la morphine. De temps en temps, débâcles diarrhéiques avec peaux. Le malade avait consulté un grand nombre de médecins, qui ont toujours reconnu le syndrome de l'entéro-colite. Plusieurs séjours à Plombières n'amenèrent aucun résultat durable et efficace. Cet état dure trois ans. A cette époque, deux crises de coliques néphrétiques typiques, à la suite desquelles le malade s'est soumis à l'examen d'un spécialiste des voies urinaires, qui pensa à l'existence de lithiase rénale. On conseilla une néphrotomie.

Opération.— On trouve un calcul du bassin.

Depuis lors, transformation complète du côté intestinal. Les suites opératoires furent bonnes : plus de douleurs, plus de crises, disparition de tout symptôme d'entéro-colite.

Observation X.

Hépatoptose, coliques hépatiques, entéro-colite.

Due à l'obligeance du Dr SALIGNAT, de Vichy.

Mme M..., épicière, 45 ans.

Pas d'antécédents. — Constipation très ancienne, aggravée à la suite de grippe à forme abdominale. Crises douloureuses gastriques après les repas, plusieurs fois par mois. Scybales enrobées de mucus au moment des crises. Douleurs tardives au creux épigastrique après les repas. Vomissements. Sensibilité à la pression au niveau du bord inférieur du foie. Amaigrissement considérable et troubles névropathiques. Saison à Vichy en juillet 1902. Abdomen douloureux à la palpation, surtout dans la fosse iliaque gauche où l'on sent le colon contracturé et réduit au volume du pouce. Fèces colorées et urines normales.

Traitement externe de la constipation et traitement interne des douleurs tardives par l'eau de Vichy.

Amélioration très considérable des fonctions intestinales et digestives. Augmentation de poids et amélioration de l'état névropathique.

Seconde saison en novembre et nouvelle amélioration qui persiste l'hiver et jusqu'en juin 1893 et la malade revient de nouveau à Vichy.

Plus de vomissements. Appétit meilleur, quelques douleurs tardives gastriques de loin en loin.

Examen détaillé de la malade, la défense musculaire et l'hypersthésie des téguments étant très diminuées.

Le foie est ptosé, il commence à 4 travers de doigt au-dessous du mamelon et son bord inférieur arrive au niveau de l'ombilic. Au creux épigastrique on sent une masse ferme qui ne peut être qu'un lobe du foie.

Ce qui domine toujours c'est la constipation habituelle avec mucus plus ou moins abondant et par périodes correspondant aux périodes de douleurs tardives de l'estomac. La malade qui a surveillé attentivement ses urines et ses fèces a remarqué

qu'à ces périodes ses urines étaient très foncées, les matières décolorées et le mucus très abondant dans les selles.

Sous l'influence d'un traitement plus énergique par les eaux de Vichy, la malade a, pendant le cours de sa saison, une crise de colique hépatique légère, mais caractéristique. Début brusque après un repas. Sensibilité au creux épigastrique et au niveau de l'hypochondre droit. Selles décolorées et scybales entourées de mucus.

Urines rouges, ictère léger.

Traitement modifié. Tous les symptômes disparaissent et la malade revient à la santé.

A la fin de la saison de 21 jours, l'état de la malade est très satisfaisant, les selles sont normales, bien colorées et les muco-membranes ont complètement disparu.

Observation XI.

Coliques hépatiques, entéro-colite.

Due à l'obligeance du Docteur SALIGNAT.

Mme S..., 34 ans.

La malade a eu trois enfants. Premier accouchement pénible. Hémorrhagies et pertes pendant plusieurs mois. Poussée de péritonite. Deuxième grossesse normale. Au cours de la dernière grossesse, syncopes et vomissements. Depuis, la malade est devenue très nerveuse. Constipation habituelle, digestions pénibles, crises pendant lesquelles tout l'abdomen est sensible, surtout sur le trajet du colon transverse. La malade a eu une crise de coliques hépatiques en 1902, vient à Vichy et prend les eaux sans direction. Nous sommes appelé pour une crise violente durant depuis quatre heures. Piqûre de morphine. Cette crise aurait été précédée dans la journée par l'apparition de muco-membranes dans les selles.

Le foie est volumineux et sensible. Douleur au niveau de la vésicule biliaire. Matières décolorées.

Sous l'influence du traitement, la malade se rétablit rapidement et, trois jours après, vient consulter.

Ptose générale de l'abdomen. Foie dépassant d'un centimètre et demi le rebord des fausses côtes. Points sensibles tout le long du colon transverse.

Du sable et des calculs biliaires ont été retrouvés dans les selles. Les muco-membranes n'ont plus apparu.

La malade a remarqué qu'elle expulsait souvent des membranes au moment de ses crises. Traitement externe. Entéro-clyse. Traitement interne hydrominéral. Revient faire une saison en septembre. Amélioration durable. Les fonctions digestives sont bonnes. Selles régulières et moulées sans muco-membranes.

Observation XII.

Colique néphrétique, entéro-colite.

Due à l'obligeance du D^r SALIGNAT.

M. l'abbé B..., 40 ans.

Venu à Vichy, en août 1903, pour des coliques hépatiques déjà anciennes. N'avait pas de direction médicale pour sa cure. Nous sommes appelés pour une crise de colique néphrétique provoquée par l'ingestion d'un grand verre d'eau minérale froide. Piqûre de morphine. Les suites sont sans gravité, bien que les douleurs durent plusieurs jours.

Mais en même temps le malade, déjà constipé depuis longtemps, évacue, quand il se présente à la selle, avec beaucoup de douleur des membranes et du mucus comme du blanc d'œuf.

Dans la suite, l'état du malade s'améliore, les douleurs au niveau du rein gauche, siège de la colique néphrétique, disparaissent en même temps que les membranes. Le malade est obligé d'interrompre son traitement et de quitter Vichy.

Observation XIII.

Lithiase hépatique, crises gastriques, entéro-colite.

Mme F..., journalière, 34 ans.

Depuis cinq mois, cette femme a des crises gastriques par intervalles et se manifestant par des vomissements intenses et

fréquents, alimentaires, accompagnés de douleur qui prend aussitôt le repas et dure 3 ou 4 heures. Appétit conservé, garde-robes toujours difficiles avec mucosités, jamais de décoloration des matières.

Ses douleurs, plus vives ces temps derniers, débutent au creux épigastrique, puis s'irradient dans tout le côté droit et le flanc. correspondant rarement du côté de l'épaule, subictère, jamais de prurit, ni de fièvre. Le sommeil est bon et cependant la malade ne peut pas se coucher sur le côté droit sans éprouver aussitôt des douleurs. La constipation est augmentée, les matières sont ovillées, dures et avec des peaux.

Douleur très nette à la pression au niveau de la vésicule biliaire. Urines claires sans coloration, présentant nettement la réaction de Gmelin.

On met la malade au lait, beurre, huile, lavements quodidiens. Ce régime atténue les douleurs, et l'état intestinal s'améliore aussitôt et les peaux diminuent d'intensité.

Observation XIV.

*Coliques hépatiques, entéro-colite, muco-membraneuse.
Opération.*

Due à l'obligeance du D^r SALIGNAT.

Mme M. . . , 49 ans.

Constipation habituelle depuis de nombreuses années.

Il y a 5 ans, au moment de la ménopause, douleurs d'estomac tous les 4 ou 5 jours. Douleurs survenant surtout la nuit.

Traitement : Craie, magnésie, sel de Carlsbad.

Un an après, en 1899, apparition de crises dont plusieurs nécessitent des piqûres de morphine.

En 1900, la malade consulte un spécialiste pour les affections d'estomac. On la met aux œufs et on lui ordonne le repos.

Quelques mois après, autre consultation et diagnostic de lithias biliaire.

Peu après, nouvelle crise avec élimination de calcul. Petites crises pendant le reste de l'année.

En 1901, saison à Vichy et amélioration très considérable.

En 1902, cure à Vichy, mais peu suivie et peu surveillée. Pas de soulagement.

Les crises ont été fréquentes malgré le traitement suivi, jusqu'en septembre 1903. A cette époque, la malade vient pour la 3^e fois à Vichy et peu après une crise. Dès son arrivée, elle a une nouvelle crise de coliques hépatiques, élimination de calculs biliaires à 3 reprises.

Deux fois un peu de fièvre, 37°8 à 38°.

Le traitement thermal devient d'une grande difficulté à appliquer.

La saison se prolonge et nous profitons d'une période de calme et d'une amélioration notable pour renvoyer la malade chez elle.

Dès son arrivée, la malade est reprise de crises avec température.

La malade est opérée au commencement de novembre 1903. Fistule biliaire. La vésicule est remplie de calculs et de pus.

Après chaque crise, la malade ordinairement constipée avait une débâcle diarrhéique avec coliques et muco-membranes.

Depuis l'opération, les digestions sont régulières, les selles normales.

Un peu de constipation encore, mais plus de glaires ni de membranes.

Observation XV.

Lithiase, néphroptose, opération.

Due à l'obligeance du Dr SOUPAULT.

Mme B..., 30 ans.

A toujours été assez bien portante jusqu'à son mariage. Enfance, jeunesse se sont passées sans incident. Scarlatine assez grave vers 13 ans. Pas de suites.

Quelque temps avant son mariage, à l'âge de vingt-deux ans, crises douloureuses abdominales, considérées comme coliques hépatiques par le Dr DUTLOCH, souvent renouvelées,

extrêmement douloureuses, pas d'ictère, pas de pigments dans les urines ; selles souvent diarrhéiques avec boue (appelée boue biliaire) et membranes en abondance. Dans l'intervalle des crises, constipation avec débâcles, glaires collées sur les matières, phénomènes de dyspepsie nerveuse, digestions très pénibles, souvent vomiturations, etc., etc. Amaigrissement, pâleur, anémie.

Cet état se prolonge ainsi pendant plusieurs années avec des alternatives de paroxysmes et de rémissions et sans qu'un diagnostic bien net ait jamais été posé et ait donné l'explication de ces troubles.

Un autre médecin, consulté, découvrit un rein flottant très accentué, et attribua tous les accidents survenus depuis quelques années, y compris les accidents intestinaux, à ce déplacement du rein. En raison de l'intensité des phénomènes et de la gravité du déplacement du rein, une opération fut conseillée.

Après l'opération, la malade, très nerveuse, fut prise pendant plusieurs jours de phénomènes nerveux intenses. Pendant 8 ou 10 jours, elle eut des crises nerveuses, des crises d'œsophagisme, etc. L'entérite et l'évacuation de glaires subit une notable aggravation en même temps que les phénomènes dyspeptiques. Puis, peu à peu, la malade se sentit mieux : tous les phénomènes s'amendèrent et, 1 mois 1/2 après l'opération, la malade se déclarait beaucoup mieux. Les troubles gastro-intestinaux et la production de muco-membranes disparurent complètement au bout de 2 mois. Actuellement, un an après l'opération, la malade va régulièrement à la garde-robe : il n'y a plus jamais ni peaux, ni glaires et les troubles dyspeptiques ont complètement disparu.

Observation XVI.

Rein flottant, dyspepsie nerveuse, entéro-colite.

Mme B..., couturière, 40 ans.

Cette personne, qui a toujours été malade, a eu une coxalgie à 11 ans, et, depuis sa jeunesse, a toujours souffert de troubles

dyspeptiques. Les douleurs ont toujours augmenté depuis l'âge de 20 ans. A été soignée à Andral, il y a deux ans (lait, craie, bicarbonate de soude).

Fatiguée dès le matin, n'a pas d'appétit et souffre après ses repas en un point nettement localisé au creux épigastrique. L'ingestion de bicarbonate fait cesser les douleurs qui reprennent bientôt après, si bien que la malade mange très peu, de peur de souffrir. Sommeil très léger, souvent réveillée par des douleurs gastriques qui, surtout, s'irradient vers les reins.

A l'examen, on reconnaît un rein gauche mobile.

La malade a toujours été constipée et ne va à la selle que par des lavements d'eau tiède tous les jours. Elle a remarqué, depuis longtemps, dans ses selles, des débris alimentaires et une grande quantité de peaux et de glaires. Pas d'hémorroïdes.

Depuis que la malade porte une ceinture et se repose, son état intestinal est bien meilleur, mais elle a encore des débâcles de mucosités, malgré une constipation moins opiniâtre.

Observation XVII.

Rein mobile, entéro-colite, muco-membraneuse.

Due à l'obligeance du D^r SALIGNAT.

Mme S..., propriétaire, 61 ans.

Ant. personnels. — 1^{er} accouchement pénible à 28 ans. 4 enfants. Péritonite à la suite du dernier accouchement à 39 ans.

Coliques hépatiques guéries à la suite d'une seule saison à Vichy, il y a 25 ans.

Constipation habituelle. Digestions pénibles parfois.

Au mois de septembre 1901, aggravation de la constipation. Douleurs rhumatismales dans les articulations. Douleurs très aigües au niveau du rein droit.

Beaucoup de glaires et de membranes dans les selles, scyballes enrobés de mucus.

Rein mobile.

Traitement des douleurs rhumatismales et de la constipation. Ceinture pour rein mobile, portée quelques mois puis aban-

donnée. Les douleurs disparaissent, les fonctions digestives s'améliorent, les selles deviennent régulières.

La malade a été observée depuis 3 ans.

Elle se porte bien, mais le moindre écart de régime, augmente les douleurs du côté droit et la constipation. Les muco-membranes réapparaissent aux époques de mauvaises digestions ou de fatigue. Le rein mobile n'est pas douloureux en dehors de ces périodes.

Observation XVIII.

Rein flottant, entéro-colite, opération.

WEBERT. Société de thérapeutique, 24 octobre 1894.

Il s'agit d'une dame de 30 ans, qui fit une chute sur le côté gauche ; depuis : douleurs dans la région, diminuant par débâcle urinaire brusque ; plus tard, pollakiurie avec urine très peu abondante et douleur plus continue, mais plus bas, en même temps survenaient des selles contenant des fausses membranes et tous les symptômes de la colite pseudo-membraneuse. Celle-ci résiste à toutes les médications ; seuls les grands lavements antiseptiques amenèrent quelques soulagements. Mais, en présence des troubles produits par le rein flottant, constaté à l'examen, on intervient chirurgicalement. Le rein fut fixé ; dix jours après l'opération, la malade fut prise d'appétit dévorant et les pseudo-membranes disparurent subitement et complètement.

Observation XIX.

Dyspepsie nerveuse, ptoses abdominales, entéro-colite.

In thèse FOUCAUD.

Mme P... ; teinturière, 37 ans.

Fièvre typhoïde à 12 ans. 6 grossesses dont deux accouchements avec éclampsie. Très nerveuse. Surmenage physique et moral. Neurasthénie. Souffre depuis longtemps de l'estomac.

Malaises survenant aussitôt après les repas. Brûlure au creux épigastrique, puis boule œsophagienne avec baillements. En même temps, ballonnements et éructations de gaz.

Tous ces phénomènes apparaissent par crises durant huit jours environ. De plus, apparition depuis de vomissements glaireux ou alimentaires survenant irrégulièrement, à la suite des douleurs.

Mauvais sommeil, cauchemars, agitation.

Depuis sa fièvre typhoïde, constipation avec des alternatives de diarrhée. Ordinairement, matières ovillées avec muco-membranes.

Cette constipation augmente avec les douleurs gastriques.

La colite muco-membraneuse s'est surtout accentuée au moment où elle a commencé à vomir. Estomac dilaté et ptosé (3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic). Foie légèrement ptosé. Signe de la sangle de GLENARD.

Le traitement antidyspeptique n'amène que peu d'amélioration.

Observation XX.

Sténose pylorique, rein mobile, entéro-colite.

Due à l'obligeance du D^r SALIGNAT.

Mlle J..., religieuse.

Tempérament lymphatique. Douleurs tardives après les repas et vomissements abondants contenant des aliments ingérés un ou plusieurs jours avant. La malade est au régime lacté depuis trois mois.

Constipation depuis l'enfance. Estomac dilaté et ptosé, bruit de clapotement. 300 grammes de liquide clair retiré à jeun par le tube, hyperchlorhydrie. Le rein droit est flottant. Muco-membranes dans les selles.

Saison à Vichy en 1902. Traitement externe et eau minérale en boisson. Application d'une sangle abdominale. Disparition des douleurs tardives et des vomissements. Amélioration de la constipation, disparition des muco-membranes.

Cet état persiste pendant trois mois. Les douleurs tardives ont reparu à nouveau ainsi que les vomissements. Depuis janvier 1903, la malade a repris son régime d'exclusion et elle souffre moins. Toujours très constipée et parfois des membranes dans les selles surtout au moment des crises douloureuses quantité des mucosités : une cuillerée à soupe. A ces moments, elle souffre beaucoup plus de son côté droit au niveau du rein mobile.

Seconde cure à Vichy en 1903. Les douleurs tardives vont en s'atténuant. Massage de l'abdomen sans toucher au rein et à l'estomac.

Amélioration notable et beaucoup plus accentuée après chaque massage.

A la fin de la crise, plus de douleurs tardives. Les digestions sont bonnes. Les règles qui étaient douloureuses auparavant sont apparues sans douleur et sans pertes blanches.

La constipation est moins opiniâtre et les muco-membranes ont disparu.

Observation XXI.

Syndrôme pylorique, entéro-colite, opération.

In thèse FOUCAUD.

Mme S..., 38 ans, tailleuse.

Souffre de l'estomac depuis huit ans. Douleurs, brûlures survenant trois heures après les repas et s'accompagnant de régurgitations acides. Un an après, hématemèses abondantes. La maladie évolue par crises dans l'intervalle desquelles elle ne souffre pas du tout.

Souffre quelquefois à jeun. Nouvelles hématemèses il y a un mois. Sommeil agité, cauchemars, douleurs vers 11 heures.

Constipation très marquée, surtout accentuée pendant les périodes de crises. De temps en temps, alternatives de diarrhée avec entérite muco-membraneuse.

Résultat du repas d'épreuve :

Acidité totale.....	2.54	
Chlore total.....	4.67	} 2.82
Chlore fixe.....	1.85	

Opération gastro-entérostomie.

On revoit la malade deux mois après. Aucune douleur. Alimentation bien supportée dès le 10^e jour. Selles bonnes, régulières, pas de glaires.

Un mois après, état toujours aussi satisfaisant. Selles régulières, plus jamais de mucus.

Résultat du repas d'épreuve à cette époque :

Acidité totale.....	1.47	
Chlore total.....	3.78	} 1.44
Chlore fixe.....	2.34	

Observation XXII.

Syndrôme pylorique, entéro-colite.

In thèse de FOUCAUD.

M. B..., 48 ans.

Souffre de l'estomac depuis 5 ans. La maladie a commencé par une crise de douleurs survenant deux heures après les repas et siégeant au creux de l'estomac, avec irradiation dans les reins et vers les épaules. Ces douleurs duraient une heure environ et ne cessaient qu'après un vomissement alimentaire.

Depuis, le malade a été pris de douleurs semblables par crises et apparition d'abondantes hématomèses. Périodes de calme alternant avec les périodes de crises.

La constipation peu marquée avant les crises gastriques, a beaucoup augmenté. Ne peut aller à la garde-robe sans lavement. Muco-membranes dans toutes les selles. L'estomac ne semble pas dilaté. Un peu d'hyperesthésie de la paroi surtout dans la région xiphoïdienne.

Résultat du repas d'épreuve :

Acidité totale.....	2.28	} 2.32
Chlore total.....	4.09	
Chlore fixe.....	1.77	

Sous l'influence du régime lacté et des alcalins, on note, quinze jours après, une diminution dans l'intensité des douleurs, mais pas de changement dans les selles. Au bout de deux mois de traitement, les douleurs ont disparu, les selles sont moins dures ; il n'y a plus de peaux, ni de glaires, même dans les lavements. A augmenté de 2 kilos.

Observation XXIII.

Ulcus du pylore, entéro-colite, opération.

M. D..., mécanicien, 42 ans.

Son frère souffre de l'estomac depuis 7 ans.

A 24 ans, a eu les fièvres aux colonies ; à 29 ans, syphilis.

Depuis l'âge de 16 ans, le malade fait des excès de boisson. Il y a 4 ans, le malade commence à avoir des pituites matinales. Crises gastriques de durée et d'intensité variables. Depuis le mois de décembre dernier, les douleurs tardives sont apparues, commençant à 3 heures de l'après-midi et augmentant jusqu'à 7 heures.

La nuit, il se réveille entre 11 heures et 3 heures par des douleurs semblables à celles qui le prennent l'après-midi. Il y a trois mois, le malade a vomi un filet de sang.

A l'interrogatoire, le malade décrit très bien lui-même son syndrome pylorique. Son intestin n'a jamais bien fonctionné, toujours de plus en plus constipé. Matières dures, fétides, fausses membranes tout le temps.

De temps à autre, fausses diarrhées. Quelquefois ses matières sont striées de sang rouge.

Résultat du repas d'épreuve :

Acidité.....	3.09	} 3.09
Chlore total.....	4.94	
Chlore fixe.....	1.85	

Son estomac est très dilaté et descend à cinq travers de doigts, au-dessous de l'ombilic. Gastro-nuchorée abondante. On met le malade au traitement alcalin et au régime d'exclusion. Amélioration sensible de son état intestinal et moins de douleurs. Mais au moindre écart de régime, les douleurs reprennent de plus belle. On l'envoie à M. HARTMANN, qui l'opère. Gastro-entérostomie postérieure, 21 octobre.

On a revu le malade trois fois depuis, il se trouve entièrement transformé. Ne souffre plus jamais ni l'après-midi ni la nuit. Toutefois il a encore des aigreurs, des éructations acides, mais l'appétit est revenu. Au point de vue de son intestin, la constipation s'est amendée, matières en boudin, sans peaux ni glaires.

Observation XXIV.

Syndrôme pylorique, entéro-colite.

M. B..., 40 ans, cocher.

A 29 ans, commence à souffrir de l'estomac ; à 31 ans, les vomissements apparaissent à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, contenant des débris alimentaires et de la bile qui les rend verdâtres.

A 32 ans, le malade voit apparaître un peu de sang rosé dans ses vomissements. Depuis, le malade a eu des crises presque tout le temps.

Toujours fatigué, souffre dans la matinée, dans la journée à partir de 3 heures de l'après-midi, et la nuit vers 11 heures. Il se fait vomir lui-même pour se soulager. Grande gastro-succhorée. Il présente à l'examen des contractions toniques très nettes, mais pas de mouvements ondulatoires. Son estomac dilaté se dessine sans insufflation et descend à quatre travers

de doigt en-dessous de l'ombilic. Il a toujours été très constipé depuis dix ans avec de rares alternatives de diarrhée. Seyballes. Muco-membranes très nettes. Parfois les matières sont tachées de sang rouge, pas d'hémorroïdes. Parfois débâcles muqueuses sans matières.

Le malade a dû essayer quelque temps le traitement alcalin et se résoudre ensuite à se faire opérer, l'amélioration n'étant pas assez nette.

Nous n'avons pas encore les suites opératoires.

Observation XXV.

Syndrome pylorique, entéro-colite.

M. B..., 34 ans, employé de l'Assistance publique.

Depuis 10 ans, éprouve des brûlures au creux épigastrique après l'ingestion d'aliments. Il y a 7 ans, le malade change de régime. Il n'avait pris jusque là que de la bière ; il se met à boire un peu de vin et s'alimente d'une façon plus substantielle. A partir de ce moment, devient constipé. Etat nerveux très prononcé.

Depuis, les douleurs ont augmenté ; il souffre de tiraillements à 11 heures du matin. Aussitôt après le repas de midi, nausées, brûlures qui durent trois heures. La nuit, est réveillé par des cauchemars fréquents et des tiraillements. A maigri de huit livres. Depuis un mois, prend des lavages intestinaux pour aller à la selle. A remarqué, depuis six mois, des membranes blanchâtres enrobant ses selles ou, parfois, un peu de sang rouge les strie.

On met le malade au traitement alcalin, aux compresses froides, au régime d'exclusion ; il revient deux fois à un mois d'intervalle : son état est bien meilleur, il a repris des forces et a constaté une grande amélioration de sa constipation et surtout de son entéro-colite.

Ses douleurs tardives n'ont pas encore entièrement disparu, mais sont devenues plutôt une gêne qu'une souffrance.

Observation XXVI.

Syndrôme pylorique, entéro-colite.

M. GUI, vétérinaire, 30 ans.

Ce malade, qui ne présente aucun antécédent héritaire ou personnel important, vient consulter et de lui-même fait un tableau typique du syndrome pylorique, douleurs tardives au creux épigastrique à 11 heures, à 4 heures, et les nuits vers 2 heures. Il a des vomissements fréquents qu'il calme et fait disparaître en prenant du lait pour unique nourriture. Avant de souffrir de l'estomac, le malade avait des fonctions intestinales régulières, puis la constipation est apparue avec le début des symptômes stomacaux. Il était obligé de prendre des purgatifs et des lavements, et ses matières étaient dures, ovillées, fétides, noirâtres, jamais de sang, mais très souvent présence de muco-membranes dont l'expulsion était précédée par de violentes coliques, des spasmes intestinaux très douloureux.

Résultat du repas d'épreuve :

Acidité totale.....	1,93	
Chlore total.....	3,54	} 2,06
Chlore fixe.....	1,48	

On a conseillé au malade de se faire opérer, mais devant son refus, on lui a appliqué le traitement alcalin et les grands lavages pour son entéro-colite. Après un mois de traitement, les phénomènes morbides se sont amendés, surtout les muco-membranes, mais les douleurs gastriques sont toujours aussi violentes dès que le malade veut s'alimenter davantage ou s'écarter de son régime.

Observation XXVII.

Syndrome pylorique, entéro-colite.

M. Lev., employé de bureau, 41 ans.

A. H. — Père mort à 68 ans, diabétique. Mère bonne santé, 66 ans, aurait souffert autrefois de l'estomac ?

A. P. — Rougeole. Les troubles gastriques remonteraient à peu près à 12 ans. Vie un peu agitée, excès de boissons, apéritifs, absinthe, bitter, etc., 3 ou 4 apéritifs par jour.

Jusqu'à il y a 3 ans, souffrait par intermittence de vagues maux d'estomac.

Il y a trois ans, commence à souffrir de « brûlures » au creux épigastrique, s'accusant après les repas et de préférence après l'ingestion de ragouts, de mets épicés, de choux.

Vers cette époque, prend pendant huit jours des cachets qui contiennent de la poudre de charbon.

Un an après, les douleurs persistant, va consulter un médecin qui lui donne des cachets ? à prendre trois fois par jour, et à boire de la bière de Malt. Puis va passer deux mois à la campagne où il boit du lait.

Les douleurs persistent sans augmenter d'intensité.

Depuis huit mois, s'est mis au lait, œufs, farines et très peu de viande.

Matin, au réveil, aucune douleur.

A huit heures, mange un potage, et vers 10 h. 1/2, brûlures calmées par l'ingestion d'un peu de craie préparée.

A midi, appétit. Renvois acides après manger.

Vers 2 ou 3 heures, les brûlures reprennent, qui sont de nouveau calmées par la craie.

Dîner à 7 heures, s'endort bien et est réveillé rarement par des douleurs moins vives que la journée.

Intestin. — Va tous les jours à la selle, mais ses matières sont dures ovillées et toujours enrobées de fausses membranes. — Il note aussi des débauches muqueuses.

Après un mois de repos à la campagne avec un régime sévère et le traitement alcalin, le malade ne sent presque plus de douleurs au creux épigastrique. Deux mois après, en même temps que l'amélioration générale s'est accentuée, la présence de mucosités et de glaires dans les selles qui avait peu à peu diminué a complètement disparu.

Observation XXVIII.

Ulcus opéré, entéro-colite.

Due à l'obligeance de M. SOUPAULT.

M. D. . . , opéré en mai 1900.

Avant l'opération, extrêmement constipé sans débâcles de diarrhée. Selles en scyballes ovillées, peaux très nettes enveloppant les matières. Jamais de débâcles de peaux toutes seules. Parfois les glaires sont sanguinolentes et gluantes, très adhérentes aux matières.

Opéré le 2 mai 1900, par M. HARTMANN.

Depuis l'opération, la constipation a entièrement disparu, sans le moindre retour et sans prendre de médicaments. Matières en boudin. Les glaires n'ont jamais reparu ni autour des selles ni en dehors des selles.

Observation XXIX.

Ulcus, lithiase intestinale, entéro-colite.

M. D. . . , 43 ans, mécanicien.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels, en 1885, fièvres paludéennes dont le malade n'a conservé aucune trace. S'est toujours plaint de son estomac, appétit très capricieux.

En décembre 1902, douleurs très vives au niveau du rebord des fausses côtes et au creux épigastrique.

Quand il vient consulter en avril 1903, ses douleurs sont devenues intolérables, et se manifestent surtout vers cinq heures de l'après-midi, ou bien la nuit vers deux heures, provoquant son réveil et l'empêchant de dormir pendant au moins une heure. Pas de vomissements ni d'aigreurs.

Le malade a remarqué que, quand il surveille son régime alimentaire et mange peu, il souffre moins, et de plus ses douleurs apparaissent par périodes de quinze jours, puis s'atténuent et recommencent. Il mange peu pour souffrir moins.

Son estomac est fortement dilaté.

Intestin. — A remarqué, depuis six mois, la présence dans ses selles de gravier très abondant. Pas de constipation. Présence très fréquente de mucosités comme du blanc d'œuf qui nagent dans les matières.

Le repas d'épreuve donne :

Acidité totale.....	2,30	
Chlore total	4,55	} 2,93
Chlore fixe	1,62	

Après 2 mois de traitement : cachets alcalins, régime spécial, lavements répétés, le malade présente un état général bien plus satisfaisant. Il ne voit plus jamais de glaires, ses selles sont moulées et c'est à peine si de temps en temps il signale un peu de sable intestinal au fond du vase.

Constipation opiniâtre, matières dures, noires, en boules. Glaires abondantes, vents qui occasionnent des débâcles glaireuses.

Rien de spécial à l'examen des autres organes.

Repas d'épreuve :

Acidité totale.....	2,05	
Chlore	4,06	} 2,20
Chlore fixe	1,86	

On revoit le malade un mois après. Légère amélioration, moins de renvois, mais constate encore la présence de glaires de temps en temps.

Parti 2 mois à la campagne, suit le régime d'exclusion et les

cachets alcalins. Disparition complète des muco-membranes et de temps en temps, douleurs vagues l'après-midi. Plus de renvois ni d'aigreurs.

On a revu le malade six mois après, a engraisé de 5 kilos. état général satisfaisant, aussi bien du côté de l'intestin que de l'estomac à condition de ne pas faire d'écarts de régime.

Observation XXX.

Syndrôme pylorique, entéro-colite.

M. Bl..., cantonnier, 39 ans.

A. H.— Son père et sa sœur souffrent de l'estomac.

A. P.— Le malade a fait quelques excès de boisson dans sa jeunesse, toujours très nerveux. A commencé à souffrir de l'estomac il y a dix ans. A ce moment, il avait des vomissements pituiteux le matin et, parfois, des vagues douleurs, vers 2 heures de l'après-midi.

Après l'ingestion de certains aliments tomates, crudités, les douleurs étaient plus fortes et survenaient parfois pendant des périodes de huit à quinze jours. Cet état est resté stationnaire pendant 7 ans. Mais depuis trois ans, ses occupations l'obligeant à manger vite et hors de chez lui, son état gastrique a empiré. Ne souffre pas à jeun, mange peu de peur de souffrir et éprouve tous les jours, vers 2 heures ou 2 h. 1/2, une douleur vive au creux épigastrique. Il cherche à renvoyer des gaz pour se soulager et même parfois à se faire vomir. Cela le soulage, mais il conserve des éructations acides et aiguës.

Jusqu'à il y a deux ans, allait très régulièrement à la selle, mais depuis n'a que des alternatives de diarrhée très-abondante ou de constipation opiniâtre. Ses selles qui sont très fétides mais jamais noires, contiennent toujours des muco-membranes très abondantes, jamais de sang.

Résultat du repas d'épreuve.

Acidité totale.....	3,03	
Chlore total.....	4,92	} 3,02
Chlore fixe.....	1,90	

On met le malade au sulfate de soude à petites doses continues, aux grands lavages, aux alcalins et à un régime spécial. Il est revenu 5 fois en 3 mois, et chaque fois avec de l'amélioration. Son état général, après ces 3 mois de traitement est très satisfaisant, le malade se dit lui-même transformé. Selles normales, plus de mucosités, engraissement de 3 kilos.

Observation XXXI.

Cancer du pylore, entéro-colite, opération.

M. Ni..., charpentier, 39 ans.

A. H. — Ne donnent pas de renseignements utiles.

A. P. — Conjonctivite à 7 ans, carie précoce des dents et abcès dentaires fréquents. Jusqu'à l'âge de 20 ans, état maladif sans grandes maladies, de 20 à 34 ans, bonne santé ; à 34 ans, syphilis ; depuis, toujours souffrant, maux de tête, éruptions cutanées, douleurs articulaires. A cet époque, le malade accuse après une ingestion de moules un embarras gastrique très violent et depuis ce temps a des douleurs fréquentes au creux épigastrique. Il a de plus une diarrhée persistante, fétide, très abondante, deux à trois selles tous les jours, avec mucosités nettes. Chaque repas est suivi d'une évacuation diarrhéique et une heure environ après, apparition de douleurs au creux épigastrique, avec irradiation à la région lombaire. Cet état dure un certain temps avec des alternatives de constipation qui durent peu ; mais, dans un cas comme dans l'autre, le malade constate dans ses selles la présence de mucosités tantôt glaireuses, tantôt rubanées.

Résultat du repas d'épreuve :

Acidité totale.....	0,90	
Chlore total.....	2,79	} 1,08
Chlore fixe.....	1,71	

A l'interrogatoire, le malade précise bien le caractère tardif de ses douleurs au creux épigastrique, et à l'examen on constate

des mouvements péristaltiques très nets. Rien d'autre de remarquable à citer sur les autres organes.

On arrête des crises diarrhéiques du malade par HCL. puis on le met au traitement alcalin avec un régime très sévère. On l'a revu 1 mois et 3 mois après, état général bien meilleur, douleurs n'apparaissant que par intervalle, selles moulées, plus jamais de mucosités.

Le malade s'est fait opérer à Beaujon, carcinus du pylore.

Depuis, son intestin fonctionne mieux, plus de mucosités, mais amaigrissement et état cachectique.

Observation XXXII.

Dyspepsie nerveuse, neurasthénie, entéro-colite.

Mme Mon., 49 ans, ménagère.

A. P. — Fièvre typhoïde à 25 ans, toujours très-nerveuse. Un curetage il y a huit ans. Souffre tous les jours immédiatement après ses repas de lourdeurs dans l'estomac, sans point précis.

N'a jamais vomi, mais souvent ballonnement intestinal, beaucoup de gaz, éructations aigres. La malade se réveille fatiguée avec une sensation de vide et de lourdeur dans l'estomac. Peu d'appétit, mange très peu de peur de souffrir et dégoût des aliments aussitôt qu'ils sont dans la bouche. La malade voudrait vomir tout le temps pour pouvoir manger à nouveau.

Phénomènes neurasthériques très prononcés après de grands chagrins. La nuit cauchemars, douleurs vagues dans l'estomac et l'intestin.

Toujours excessivement constipée, ne peut aller à la selle qu'avec des purgatifs répétés et des lavements. Présente des débâcles de muco-membranes sans matières ou parfois de véritables « vers blancs » autour du boudin fécal dur et noir et très fétide.

..

Contrairement à certains usages, il nous paraît inutile de dresser ici un index bibliographique des ouvrages que

nous avons consultés. Nous les avons presque tous signalé dans le cours de cette thèse, notamment à notre historique.

Nous avons ainsi été amené à exposer ce que chacun d'eux contenait d'important au point de vue qui nous intéresse ; leur énumération, par suite, a d'autant moins de raison d'être qu'on la retrouvera dans tous les ouvrages que nous citons.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE	I.	Introduction.	5
CHAPITRE	II.	Historique.	7
CHAPITRE	III.	Etude anatomo-clinique	15
—		Signes fonctionnels.	15
—		Signes physiques.	20
—		Formes cliniques.	22
—		Anatomie pathologique.	24
—		Etiologie.	25
CHAPITRE	IV.	Coexistence de l'entéro-colite avec diffé- rentes autres affections.	29
—		Appendicite.	29
—		Organes génitaux, dysménorrhée.	34
—		Affections du foie et du rein.	37
—		Ptoses viscérales.	40
—		Troubles gastriques	44
CHAPITRE	V.	Expérimentation.	53
CHAPITRE	IV.	Traitement.	58
CHAPITRE	VII.	Pathogénie et conclusions	66
Observations			69

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME, LONS-LE-SAUNIER
